



# 9

## Síntesis

**Este informe se presenta tal como se recibió por el CIID de parte del o de los becarios del proyecto. No ha sido sometido a revisión por pares ni a otros procesos de evaluación.**

**Esta obra se usa con el permiso de Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).**

**© 2008, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).**

**EL SISTEMA DE SALUD  
EN GUATEMALA  
¿hacia dónde vamos?**

**Gustavo Estrada Galindo**

**Prólogo por Karin Slowing Umaña**

---

362  
E82

Estrada Galindo, Gustavo  
El Sistema de Salud en Guatemala, 9: Síntesis.  
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2008.

148 p. ; (El Sistema de Salud en Guatemala;9).

ISBN 978-99922-972-5-4.

1. Salud pública - Guatemala. 2. Condiciones de salud.  
3. Indicadores de salud. 4. Política de salud. I. Título.

---

*Las ideas y opiniones expresadas en este documento son de los autores; no representan, necesariamente, la posición oficial de las instituciones que apoyaron esta iniciativa.*

Este es un esfuerzo interinstitucional apoyado por el INDH-PNUD.

El producto ha sido registrado bajo la responsabilidad editorial del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 5ª. avenida 5-55 zona 14, edificio Europlaza, torre 4, nivel 10, Guatemala

Teléfono (502) 2384-3100

**[www.undp.org.gt](http://www.undp.org.gt)**

Descargas del documento en PDF:

**[www.desarrollohumano.org.gt](http://www.desarrollohumano.org.gt)**



**ISBN 978-99922-972-5-4**

Edición y diagramación:

Amanuense Editorial - Grupo Amanuense

[www.grupo-amanuense.com](http://www.grupo-amanuense.com)

Tel.: (502) 2367-5039

Diseño de portada: Héctor Morales Delgado y Melissa Elizondo

Impresión de 5,000 ejemplares Argrafic,

Tel.: (502) 2251-3924

Guatemala agosto de 2008.

Se permite la reproducción de este documento, total o parcial, con autorización del responsable editorial y sin alterar contenidos ni créditos de autoría ni edición. El ente interesado en reproducciones puede agregar sus logotipos como créditos por la reimpresión con autorización del responsable editorial.

# Índice



<b>Reconocimientos</b>	11
Presentación	17
<b>Prólogo</b>	21
<b>Introducción</b>	31
 <b>Capítulo 1</b>	
<b>Los desafíos que enfrenta el sistema de salud de Guatemala</b>	29
 <b>Los desafíos poblacionales</b>	33
- <i>Cuántos son y serán los y las guatemaltecos, dónde están ubicados, y cuáles son sus características socioeconómicas</i>	34
- <i>La transición demográfica</i>	40
- <i>Mortalidad</i>	40
- <i>Natalidad</i>	41
- <i>Índice de dependencia</i>	44
- <i>Migraciones</i>	45
 <b>Los desafíos epidemiológicos: ¿de qué están enfermando y muriendo los guatemaltecos y guatemaltecas?</b>	48
- <i>La morbilidad</i>	49
- <i>Principales causas de la morbilidad</i>	49
- <i>Enfermedades emergentes y reemergentes</i>	51
- <i>Enfermedades no transmisibles</i>	52
- <i>Mortalidad</i>	53
o <i>Mortalidad general</i>	54
o <i>Mortalidad por departamento</i>	54
o <i>Mortalidad por grupo de edad</i>	55
o <i>Mortalidad proporcional por grupo de causas</i>	57
o <i>Mortalidad proporcional por causas y sexo</i>	60
o <i>Mortalidad por causas trazadoras</i>	62
o <i>Mortalidad en adolescentes</i>	63
 <b>Los desafíos para la acción intersectorial del sistema de salud</b>	64
- <i>Situación y transición alimentaria y nutricional</i>	64
o <i>La desnutrición, un problema secular</i>	64



○ De la desnutrición al sobrepeso	67
- Medio ambiente y salud	70
- Implicaciones	72

## Capítulo 2

<b>Ante los desafíos, ¿cuáles son las capacidades de resolución y acción con las que cuenta el sistema de salud?</b>	73
--	----

<b>Estructura, funciones y desempeño del sector salud</b>	73
---	----

- Rectoría: ¿quién toma las decisiones en el sector salud?	74
- Financiamiento: ¿quién paga la salud, qué mecanismos utiliza y qué compra?	76
○ El gasto en salud	77
○ Las razones del gasto público	81
○ Remesas y salud	82
- Prestación de servicios: las alternativas que la población tiene para resolver sus problemas de salud	82
○ Infraestructura de servicios	83
○ El modelo de atención de la salud	84
- Generación y distribución de recursos humanos	86
○ Distribución de los recursos humanos	86
○ Formación de recursos humanos en salud	88
- Generación y gestión de los recursos de información	89

<b>Los conceptos e ideas que subyacen el sistema: las mentalidades institucionales</b>	90
--	----

- La visiones de los actores ¿cómo quisieran un sistema de salud en el futuro?	90
- Los imaginarios sociales de la salud en Guatemala	95

<b>Las prácticas poblacionales de la salud: lo que se hace dentro y fuera del sistema</b>	98
---	----

- ¿Qué hacen las personas cuando se enferman? La auto atención	99
- ¿Cómo se vinculan las personas con los servicios de salud? Variables que inciden	101
○ La condición socioeconómica	101
○ Género	102
○ Edad	102
○ El acceso	102
- ¿Cómo perciben en los servicios las prácticas poblacionales de salud?	103

<b>Implicaciones</b>	104
----------------------	-----

## Capítulo 3

<b>El contexto para la acción política de los actores dentro del sistema de salud</b>	105
---	-----

<b>Las relaciones de los actores de la salud</b>	105
--	-----

<b>El contexto socio económico e histórico</b>	105
--	-----

- ¿Qué ha sucedido en el contexto socioeconómico y político	
---	--



de 1985 a 2006?	109
○ Sobre los orígenes de la transición democrática	109
○ Sobre la emergencia de actores económicos de poder	110
○ Sobre el dramático cambio de la estructura económica	110
○ Sobre los rasgos del nuevo modelo económico	110
○ Sobre la degradación del aparato público en el contexto del paradigma neoliberal	111
○ Sobre los aparatos públicos de seguridad y justicia	111
○ Sobre las características del tejido social	111
○ Sobre los rasgos y evolución del movimiento social	112
○ Sobre el deterioro de las condiciones medio ambientales	113
○ Sobre la naturaleza y aplicación de los Acuerdos de Paz	114
<b>¿Qué tendencias socioeconómicas y políticas se pueden identificar?</b>	114
- Implicaciones	115
○ Escenario de la precarización	116
○ Escenario de administración de la crisis	117
○ Escenario de baja probabilidad – alto impacto	118
<b>Capítulo 4</b>	
<b>Implicaciones inmediatas</b>	121
<b>Reflexiones para la acción</b>	121
- Volar con las alas rotas	121
- Débil pero con una gran tarea	123
- ¿Hacer lo mismo y esperar resultados distintos?	125
<b>Ante todo lo anterior, ¿qué hacer?</b>	126
- Reduciendo los efectos de la estratificación socioeconómica y demográfica	127
- Reduciendo las exposiciones diferenciadas a los riesgos	128
- Reduciendo la vulnerabilidad diferenciada	128
- Reduciendo las consecuencias diferenciadas	128
<b>Para hacer todo esto, ¿qué condiciones requiere el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social?</b>	129
<b>Anexos</b>	
<b>Marco teórico conceptual</b>	131
<b>Los estudios dentro del proyecto</b>	131
- Relaciones, interdependencia y tipos de estudios	132
- Características de los estudios	133
- Perspectiva analítica de los estudios	134
○ ¿Qué es la salud?	134
○ ¿Cómo se analizan los hechos de la salud colectiva?	135
○ La respuesta social ante los problemas de salud: el sistema de salud	138
<b>Bibliografía</b>	143



# Índice de gráficas y cuadros



<b>Gráfica No. 1</b>	34
Proyecciones de población total por quinquenio en millones de habitantes, Guatemala	
<b>Gráfica No. 2</b>	34
Crecimiento poblacional por departamento para 2020	
<b>Gráfica No. 3</b>	35
íDH para el 2002, por departamento	
<b>Gráfica No. 4</b>	36
Comparación entre pobreza, pobreza extrema, ruralidad y porcentaje de población indígena por departamento, Guatemala 2002	
<b>Gráfica No. 5</b>	37
Porcentaje de población, proyecciones por años	
<b>Gráfica No. 6</b>	37
República de Guatemala. Incidencia (%) de pobreza por municipio	
<b>Gráfica No. 7</b>	38
Pirámides poblacionales de 2005, 2010, 2015 y 2020	
<b>Gráfica No. 8</b>	39
Estructura de la población por grupos de edad, en porcentaje de la población total por año	
<b>Gráfica No. 9</b>	40
Edad mediana de la población guatemalteca	
<b>Gráfica No. 10</b>	41
Tasas de natalidad, mortalidad y crecimiento natural de 1950 a 2050	
<b>Gráfica No. 11</b>	42
Descenso de la mortalidad por departamento en el período 2000-2004	
<b>Gráfica No. 12</b>	43
Tasa global de fecundidad	
<b>Cuadro No. 1</b>	43
Natalidad de países seleccionados de América Latina	
<b>Gráfica No. 13</b>	44
Número de hijos/as por mujer según nivel de educación	
<b>Gráfica No. 14</b>	45
Relación de dependencia demográfica, en porcentajes	



<b>Cuadro No. 2</b>	46
Departamentos en los que más predomina la emigración o inmigración, según pobreza, ruralidad, % de la población indígena e IDH	
<b>Cuadro No. 3</b>	47
Porcentaje de población migrante de acuerdo a si es reciente o de toda la vida, por departamento	
<b>Gráfica No. 15</b>	48
Porcentaje de población residente en el extranjero, según país de residencia	
<b>Gráfica No. 16</b>	50
Principales causas de morbilidad. República de Guatemala 1997-2006	
<b>Gráfica No. 17</b>	52
Prevalencia de diabetes. República de Guatemala 2001-2006	
<b>Gráfica No. 18</b>	54
Porcentaje reducción de la tasa de mortalidad general por departamento. Guatemala 1986-2005	
<b>Gráfica No. 19</b>	55
Tasa de mortalidad infantil: por porcentaje de reducción. Guatemala 1986-2005	
<b>Gráfica No. 20</b>	55
Mortalidad infantil: por grupo de edad, por departamento, Guatemala 1986-2005	
<b>Cuadro No. 4</b>	56
Mortalidad infantil por mil nacidos vivos para 2005-2010 por países seleccionados	
<b>Gráfica No. 21</b>	56
Mortalidad proporcional por causa. República de Guatemala, 1986-2004	
<b>Gráfica No. 22</b>	57
Mortalidad proporcional por enfermedades transmisibles, 1986-2005	
<b>Gráfica No. 23</b>	58
Mortalidad proporcional por tumores, 1986-2005	
<b>Gráfica No. 24</b>	59
Mortalidad proporcional por enfermedad cardiovascular, 1986-2005	
<b>Gráfica No. 25</b>	59
Mortalidad proporcional por causas externas, 1986-2005	
<b>Gráficas No. 26 y 27</b>	61
Mortalidad proporcional por causas, sexo masculino. República de Guatemala, 1986-2005 y Mortalidad proporcional por causas, sexo femenino. República de Guatemala, 1986-2005	
<b>Gráfica No. 28</b>	62
Frecuencia de muerte por Diabetes Mellitus. República de Guatemala, 1986-2005	
<b>Gráfica No. 29</b>	63
Frecuencia de muerte por Cirrosis. República de Guatemala, 1990, 1995, 2000 y 2005	
<b>Gráfica No. 30</b>	65
Suficiencia Energética, 1980-2000	
<b>Cuadro No. 5</b>	66
Relación entre pobreza, tipos y niveles de desnutrición en niños menos de 5 años, en porcentajes	
<b>Gráfica No. 31</b>	68
Contribución porcentual de los grupos de alimentos a la disponibilidad de energía. Guatemala, años 1990 y 2000	



<b>Gráfica No. 32</b>	69
Guatemala. Disponibilidad de maíz y frijol, 1990-1998 (% cobertura de necesidades)	
<b>Gráfica No. 33</b>	76
Participación conceptual de las fuentes de financiamiento en la salud	
<b>Gráfica No. 34</b>	78
Indicadores económicos de salud. Gasto público, período 1999 al 2005	
<b>Gráfica No. 35</b>	79
Indicadores económicos de salud. Gasto privado, período 1999 al 2005	
<b>Gráfica No. 36</b>	80
Gasto en medicamentos, 1999-2003	
<b>Gráfica No. 37</b>	85
Priorización de los problemas	
<b>Gráfica No. 38</b>	86
Médicos/10.000 Hs.	
<b>Cuadro No. 6</b>	92
Visiones tipo	
<b>Gráfica No. 39</b>	93
Extremos teóricos de las visiones	
<b>Gráfica No. 40</b>	94
Mapa de visiones	
<b>Gráfica No. 41</b>	101
Reporte de ocurrencia de enfermedad, accidente o quebranto de salud, en el último mes, por nivel socioeconómico en porcentaje	
<b>Gráfica No. 42</b>	103
Lugar de consulta por enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes, en porcentaje	
<b>Gráfica No. 43</b>	106
Esquema explicativo del mapa de actores en salud	
<b>Gráfica No. 44</b>	109
Mapa político de los actores de la salud de Guatemala	
<b>Gráfica No. 45</b>	137
Determinantes de la salud	
<b>Gráfica No. 46</b>	141
Componentes del sistema de salud y sus relaciones	





## Reconocimientos



---

**La construcción social del futuro de la Salud en Guatemala**  
**Colección de Textos**  
**El sistema de salud en Guatemala: ¿hacia dónde vamos?**

---

**Coordinadora general**  
Karin Slowing Umaña

**Investigadores principales**  
Gustavo Estrada Galindo  
Lucrecia Hernández Mack

**Gestión administrativa y financiera**  
Delmi Garrido Hernández

**Asistencia técnica**  
Patricia Cortez Bendfeldt

**Producción editorial**  
Héctor Morales Delgado

---

**Grupo Promotor (2005 – 2007)**

**Universidad Rafael Landívar**  
Carmen Arriaga de Vásquez,  
Directora Departamento Post Grado, Facultad de Ciencias de la Salud

**Universidad del Valle de Guatemala**  
Edgar Hidalgo,  
Investigador Asociado

**Universidad de San Carlos de Guatemala**  
Ángel Sánchez Viesca,  
Asesor Planificador de la Coordinadora General de Planificación



**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**  
Jorge Monterroso,  
Director de la Unidad de Planificación Estratégica

Ada de Aldana,  
Encargada de Cooperación Internacional

Juan Luis Orantes,  
Consultor de Planificación Estratégica

**Instituto Guatemalteco de Seguridad Social**  
Vidal Herrera Herrera,  
Jefe del Departamento de Planificación

Juan Roberto Morales,  
Jefe del Departamento de Servicios Centrales

Edgar Herrera,  
Consejero Técnico

**Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud**  
América de Fernández,  
Consultora Recursos Humanos de Salud

**Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo**  
**Informe Nacional de Desarrollo Humano y Objetivos de Desarrollo del Milenio**  
Karin Slowing Umaña,  
Coordinadora INDH

Aracely Lazo,  
Asistente técnica del INDH

---

**Aportes institucionales (2003-2008)**

**Universidad Rafael Landívar**  
Julia Guillermina Herrera Peña,  
Rectora

Claudio Ramírez,  
Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

Mario Aguilar Campollo,  
Vice-decano, Facultad de Ciencias de la Salud

Miguel Garcés,  
Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud 1998-2004

**Universidad de San Carlos de Guatemala**  
Carlos Estuardo Gálvez Barrios,  
Rector

Luis Alfonso Leal Monterroso,  
Rector 2002-2006



**Universidad del Valle de Guatemala**

Roberto Moreno Godoy,  
Rector

Robert Klein,  
Director CDC-CAP 1990-2006

**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**

Eusebio del Cid Peralta,  
Ministro de Salud

Alfredo Privado,  
Ministro de Salud, 1 febrero 2007 al 14 enero 2008

Marco Tulio Sosa  
Ministro de Salud, 14 de enero 2004 al 11 de septiembre 2006

**Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud**

Joaquín Molina Leza,  
Representante OPS/OMS en Guatemala

Federico Hernández,  
Asesor de Servicios y Sistemas de Salud

**Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo**

Beat Rohr,  
Coordinador Residente, Sistema de Naciones Unidas en Guatemala  
Representante Residente, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo en Guatemala

Xavier Michon,  
Director de País, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo en Guatemala

Chisa Mikami,  
Directora de País Adjunta, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo en Guatemala

Bárbara Pesce-Monteiro,  
Representante Residente Adjunta,  
Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo en Guatemala

**Informe Nacional de Desarrollo Humano**

Juan Alberto Fuentes,  
Coordinador INDH 1998 - 2005

Tatiana Paz,  
Asistente técnica del Programa universitario de investigación y desarrollo humano  
– PIUDH - 2004-2005

Pamela Escobar,  
Asesoría estadística

Pamela Rodas,  
Asistente administrativa y financiera

Héctor Morales,  
Oficial de comunicación



---

### Grupo de Reflexión Inicial

Alfredo Moreno  
Baudilio López  
Carlos Alberto Alvarado Dumas  
Carlos Gelhert Matta  
Cizel Zea  
Denis Pigot  
Edgar Hidalgo  
Enrique Duarte  
Enrique Rodríguez  
Federico Hernández  
Hilda Leal  
Isabel Enríquez  
Ivan Mendoza  
Joan Sabater

Jorge Astorga  
Jorge Lavarreda  
Juan Alberto Fuentes  
Juan José Hurtado  
Julio Cesar Lone Vásquez  
Karin Slowing Umaña  
Lidia Morales  
Lorena de Ávila  
Luis Octavio Ángel  
Mario Roberto Gudiel Lemus  
Mary Ann Anderson  
Miguel Ángel Pacajó  
Miguel Garcés  
Nohora Alvarado

Oscar Cordón  
Patricia Palma  
Pedro Luis Castellanos  
Ramiro Quezada  
Raúl Arévalo  
Ricardo Valladares  
Roberto Klein  
Roberto Marengo  
Rubén González  
Tito Rivera  
Velia Oliva  
Verónica Spross

---

### Investigadores Asociados

Francisco Jiménez  
Edgar Gutiérrez  
Julio Penados del Barrio  
Walter Flores  
Edgar Hidalgo  
Roberto Molina  
Clara Aurora García  
Percy Rojas

Juan Carlos Mazariegos  
Alejandro Cerón  
Gustavo Estrada Galindo  
Ana Lucia Garcés  
Isabel Garcés  
Virginia Moscoso  
Carlos Flores

---

### Auxiliares de Investigación

Ana Lorena Ruano  
Anabella Aragón  
Elizabeth Avalos  
Ismael Gómez

---

### Equipo Inter-universitario de apoyo a estudio Mapeo

**Universidad Rafael Landívar**  
Alejandro Marco Sagastume Pérez  
Ángel Lara  
Pamela de la Roca

**Universidad de San Carlos de Guatemala**  
Cindy Mariela García  
Cristopher Pérez Soto  
Wendy Melina Rodríguez Alvarado



---

### Participación en proceso de análisis

Alfonso Morales	Félix Alvarado	Mario Rodolfo Salazar Morales
Alfredo Moreno	Francisco Mendoza	Mario Sosa
Ana Isabel Garita	Gustavo Palma	Marta Lidia Ajú
Annette M. de Fortín	Héctor Espinoza Vega	Miguel Garcés
Ariel Rivera	Hedi Deman	Miguel Von Hoegen
Belinda Ramos	Hilda Leal de Molina	Nadine Gasman
Carlos Arriola	Iván Mendoza	Nely Herrera
Carlos Barreda	Jorge López	Roberto Molina Cruz
Carlos Daniel Zea	José Miranda	Rodolfo Lambour
Carlos Flores	José Pedro Mata	Ronaldo Luna
Carlos Vassaux	Juan Carlos Verdugo	Santiago Bastos
Claudia Suárez	Julio Díaz Caseros	Scarleth Gomar
Conchita Reyes	Julio García Colindres	Sergio Mendizábal
Coralia Herrera	Karen Ponciano	Sergio Mendoza
Cristina Chávez	Lidia Morales	Sergio Tumax
Cristina Gómez	Ligia C. Vargas Nisthal	Sonia Morales
Denis Pigot	Ligia Peláez	Tito Rivera
Edelberto Torres-Rivas	Lilian Ramírez	Tomás Rosada
Edgar Herrera	Lucía Verdugo	Velia Oliva
Edna Calderón Chávez	Lucilla María Bruni	Verónica Spross
Elena Díez	Luis Fernando Mack	Víctor Hugo Toledo
Enrique Chávez	Luis Octavio Ángel Ancheita	Víctor Manuel González
Federico Alfaro	Marco Antonio Barahona	
Felipe Girón	María José Schaeffer	

---

### Reconocimiento especial

Al Consejo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rafael Landívar y al personal por su incondicional apoyo a la coordinación del proyecto.

Al señor Ricardo Valladares por su asesoría en la ejecución de esta iniciativa.

---

### Sistematización del Proceso

Alejandra Hernández Sánchez  
Julia Herrera Cevallos  
Liliana González Jiménez  
Marianela Miranda  
Paula León Savedra

---

### Apoyo financiero

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo financiero del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, Ottawa, Canadá.

Andrés Rius  
Roberto Bazzani  
Bárbara Miles  
Adriana Bordabehere

---





## Presentación



A Guatemala le urge repensar su sistema de salud. Hace 18 años fue la última vez que se hizo un análisis exhaustivo y de carácter integral sobre la salud y el sector salud guatemalteco. Coordinado y realizado por un selecto grupo de especialistas nacionales, el “*Estudio básico del Sector Salud*” involucró a una gama de instituciones bajo los auspicios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS-, el Banco Interamericano de Desarrollo –BID- y la Oficina Panamericana de la Salud –OPS-. Su primera finalidad fue asegurar que el país contara con un mínimo de información acerca de los variados retos que habría de enfrentar una reforma sectorial cuyo advenimiento, en ese entonces, apenas si se avizoraba en el horizonte.

A la rica serie de informes finales de investigación sólo tuvieron acceso unas pocas personas; la OPS publicó un breve resumen del “*Estudio básico*”, en un tiraje limitado. En ese tiempo, todavía no era posible “colgar” en una página Web un material tan abundante como el que esta iniciativa generó, medio que hubiera permitido subsanar en alguna medida la falta de acceso más generalizado a los diversos estudios.

Desde entonces, mucha agua ha corrido bajo el puente. En el año 1996, dio inicio la “*Reforma Sectorial de Salud*”, cuyos procesos más visibles son la descentralización financiera y el arranque del Sistema Integral de Atención en Salud –SIAS- con su vástago, el Programa de Extensión de Cobertura –PEC-, dirigido a poblaciones con carencia crónica de cobertura institucional en salud.

A la fecha, todavía no se ha realizado una evaluación externa, independiente y pública sobre los procesos desatados y los impactos que ha tenido en la salud de la población la aplicación de las políticas vinculadas a la reforma sectorial. Sin ella resulta complicado establecer sus alcances y limitaciones, así como determinar objetivamente en qué medida dicha “Reforma” ha contribuido a consolidar una mejor institucionalidad pública, capaz de enfrentar los desafíos en salud de los próximos años con mayor grado de éxito.

De igual manera, más allá de la retórica “políticamente correcta” acerca de la importancia de la salud para el desarrollo, el debate sobre la salud y el sistema de salud ha estado, por varios años, prácticamente





fuera de la agenda pública.<sup>1</sup> Por otra parte, es notorio el escaso involucramiento que ha tenido la sociedad civil en la definición de la política de salud, así como en el monitoreo de sus resultados. Su papel más destacado ha estado en la implementación de las acciones operativas impulsadas en el marco del PEC, que son definidas desde las unidades gestoras a cargo de este programa en el MSPAS.

Este conjunto de circunstancias e inquietudes son las que sirvieron de motivación al Programa de los Informes Nacionales de Desarrollo Humano del PNUD Guatemala, para impulsar una dinámica que desatara la reflexión y el debate ciudadano acerca de cuál es el sistema de salud que necesita la sociedad guatemalteca. Un sistema que debe comenzarse a construir hoy, para así poder enfrentar, en el mediano plazo, los retos de salud-enfermedad de una población expuesta a un sinnúmero de carencias, riesgos y vulnerabilidades, que afectan negativamente sus posibilidades de vivir una vida prolongada y saludable.

La iniciativa fue recibida muy positivamente y derivó en la formación de un consorcio integrado por las Universidades Rafael Landívar, del Valle de Guatemala y San Carlos de Guatemala, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, la Oficina Panamericana de la Salud y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, por intermedio del Programa de los Informes Nacionales de Desarrollo Humano. En todo el proceso se contó siempre con el apoyo financiero del *International Development Research Centre –IDRC–* por medio de su programa “Equidad, gobernabilidad y salud”.

<sup>1</sup> Muy recientemente (2005 para acá) ha habido algunas iniciativas: Destacan la “Agenda Nacional de Salud”, elaborada por el MSPAS; y el proyecto “Visión de país”, que ha generado una propuesta de “ley marco de salud” la cual, hasta hace pocos meses comenzó a ser discutida por parte el gremio médico y por la Comisión de Acompañamiento de los Acuerdos de Paz, así como por algunas organizaciones de la sociedad civil.

La primera etapa de trabajo, realizada entre los años 2005 y 2007, consistió en la generación de información y conocimiento concebido explícitamente desde el inicio como un insumo para alcanzar tres finalidades: “*Fomentar y generar procesos democráticos de discusión política, científica y técnica en salud, con amplia participación de los actores políticos y sociales*”, y a partir de éstos, “*contribuir a la formulación de políticas, planes y acciones de salud en Guatemala, de manera que éstas logren mejorar la gobernabilidad y la equidad en el sector.*” Igualmente, en un proceso conjunto entre sociedad civil y Estado, se espera contribuir a “*visualizar colectivamente las alternativas futuras, posibles y deseables, del desarrollo de la salud y de los servicios de salud para los próximos 15 años*”.

Los resultados de esta primera etapa se materializan en una colección de 10 textos (una síntesis y nueve publicaciones especializadas) que analizan el sistema de salud guatemalteco y sus desafíos desde tres distintas perspectivas: a) investigaciones que analizan el contexto social, económico, político, demográfico y epidemiológico donde se desarrolla el sistema de salud y al que éste responde; b) investigaciones relacionadas con las dinámicas de la estructura, funcionamiento y desempeño del sistema de salud; y c) investigaciones que indagan en las valoraciones, visiones e imaginarios sociales que subyacen en el sistema de salud de Guatemala.

Los 9 textos especializados, más otra serie de documentos no publicados que fueron producidos por el proyecto durante los últimos tres años, acumulan en total más de 900 páginas de material de reflexión. A ella han aportado más de 10 investigadores, especialistas y practicantes guatemaltecos de la salud pública, quienes vertieron lo mejor de su esfuerzo para actualizar el análisis de situación sobre los retos y desafíos que enfrenta la población y el sistema de salud.



Dado lo voluminoso del material, se decidió preparar un texto que sintetizara los hallazgos más relevantes de cada investigación y que contribuyera a la par a enriquecer este proceso de reflexión colectiva acerca de los retos que encara el sistema de salud guatemalteco. Este esfuerzo se le comisionó al investigador principal del proyecto, Gustavo Estrada Galindo, médico con postgrado en salud pública, y una amplia experiencia en el sector público de salud y en el trabajo con organizaciones no gubernamentales del sector.

Además de haber sintetizado tanto material en poco más de 100 páginas, Gustavo Estrada hace aportes propios a este documento; unos son por la vertiente de complementar material en temas que no fueron abordados durante la etapa de realización de las investigaciones. En esta línea destaca en particular, el examen que hace de las relaciones entre ambiente, saneamiento del medio y salud. De igual manera, introduce información complementaria sobre los vínculos entre pobreza y situación nutricional y el estrecho asocio que existe entre éstos y los cambios de patrones alimentarios que ha experimentado la población guatemalteca en los últimos 20 años.

Un rasgo que distingue este proyecto y la Colección de estudios de la cuál la Síntesis forma parte, es su análisis del sistema de salud integrando en el proceso a las disciplinas de las ciencias sociales. De esa cuenta también, en la comprensión de los que ocurre a la población, en términos de su salud, las causas y sus consecuencias, toma particular relevancia el análisis de la estratificación socioeconómica de la población y de cómo ésta incide también en las oportunidades de acceso al sistema de salud o, más bien, cómo ésta propicia un acceso profundamente diferenciado al mismo.

Consecuente con esta línea de análisis, el autor plantea que el sistema de salud es parte de los determinantes intermedios de las inequidades

en salud, al ser éste responsable de disminuir, combatir o minimizar los efectos negativos que la estratificación social produce en la salud. Sin embargo, lo que la “Síntesis” muestra es que el sistema de salud en Guatemala, más que actuar como un agente que coadyuva a reducir las desigualdades, estaría por el contrario, siendo una fuente adicional para la misma.

De acuerdo a lo anterior, el autor plantea que, ante los problemas de salud, es indispensable que el sistema logre desarrollar un conjunto de acciones integradas y a diferentes niveles para su resolución. A nivel general, deben desarrollarse políticas públicas y acciones en diferentes sectores que permitan la neutralización de los efectos negativos de la estratificación social en la equidad de la atención de la salud. A nivel de los grupos sociales en riesgo de perder la salud, se deben realizar acciones de prevención, como complemento de las políticas públicas; y, a nivel de individuos-familias, las acciones de prevención deben complementarse con acciones de limitación del daño; es decir curar a aquellas personas que ya están enfermas, especialmente porque esta acción, es lo que finalmente le da credibilidad al sistema y al sector salud ante la población. En otras palabras, si se desea mejorar las condiciones de salud de la población, no se puede desarrollar acciones que únicamente enfatizen intervenciones en un nivel pues pueden resultar inefectivas y, en el peor de los casos, profundizar los problemas.

En este sentido, Gustavo Estrada propone que las acciones del Ministerio de Salud deben encaminarse en la búsqueda de: i) disminuir los efectos de la estratificación social sobre la salud; ii) reducir las diferencias en las exposiciones diferenciadas a los riesgos; iii) eliminar las diferencias en las vulnerabilidades de los diferentes grupos de población, y; iv) desarrollar acciones y estrategias que minimicen o supriman las diferencias que tienen las enfermedades en los distintos grupos poblacionales, en la perspectiva de



que las condiciones que detenta el grupo mas favorecido puedan ser logradas por el menos favorecido.

Varios de los temas que levanta Gustavo Estrada en su discusión serán indudablemente, sujeto de controversia. Su planteamiento acerca del papel fundamental del sistema de salud como agente cuya misión debiera enfocarse en la reducción de las inequidades en salud, confiere al Estado un papel mucho más preponderante que el que ha dominado los últimos 3 lustros en la política de salud en Guatemala. El énfasis que pone en la urgencia de recuperar los puentes intersectoriales entre salud y otras instancias públicas determinantes para la calidad de vida de las personas, contrasta con la visión biomédica y asistencial que ha dominado las instituciones públicas de salud durante décadas.

Cómo éstos, la “Síntesis” preparada por Gustavo Estrada está llena de reflexiones sobre temas no usualmente abordados a la hora de discutir el presente y futuro del sistema de salud guatemalteco. De allí que este título, al igual que los otros que comprenden la colección *“El sistema de salud de Guatemala: ¿hacia dónde vamos?”*, constituye un valioso instrumento para el debate y la reflexión, para

la necesaria discusión social que debiera darse previo a la toma de decisiones que, por su carácter y envergadura, puedan nuevamente comprometer la salud y el bienestar de las generaciones presentes y futuras del país.

De sabios es equivocarse, pues de errores y éxitos es que aprendemos; pero, repetir los errores sólo por no tomarnos el tiempo de reflexionar y dialogar es un lujo que, como sociedad, ya no podemos darnos. Éticamente, es imperdonable; técnicamente es absurdo, tomando en cuenta el caudal de conocimiento y experiencia nacional y mundial existente; y financieramente, es insostenible. Ciertamente, el conocimiento jamás deberá sustituir a la política, pero si van de la mano pueden producir mejores alternativas de desarrollo para la sociedad.

A todas las instituciones que conformaron esta iniciativa, nuestro más profundo agradecimiento por su interés y confianza en la realización de un esfuerzo que resultó más arduo y complejo que lo originalmente imaginado. Confiamos que sea la chispa que prende la llama de la creatividad y el compromiso con el cambio a favor de *“más y mejor vida para todos”* en el ámbito de la política de salud guatemalteca.



**Beat Rohr**

Coordinador Residente

Sistema de Naciones Unidas en Guatemala

Representante Residente

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo



## Prólogo



El sistema de salud en Guatemala ¿hacia donde vamos?  
Algunas implicaciones de los hallazgos para la política pública de salud

La síntesis que tengo el honor de prologar en esta ocasión representa un importante esfuerzo hecho por Gustavo Estrada Galindo para acercar a los lectores a los contenidos principales de las casi mil páginas de información y conocimiento generados por el proyecto *“La construcción social del futuro de la salud en Guatemala”* a lo largo de los últimos 2 años. Quien se adentre en su lectura podrá, de manera relativamente sencilla y rápida, “ponerse al día” sobre la situación, dinámica y perspectivas del sistema de salud guatemalteco y de los retos que éste tiene frente a sí para dar respuesta a los problemas de salud-enfermedad de la población. En el prólogo se intenta además, aportar elementos adicionales para la necesaria reflexión colectiva que debiera darse acerca del futuro del sistema de salud y de la orientación de la política pública de salud en el país.

El término *“construcción social”* que dio vida a este ejercicio multi-institucional de análisis e interpretación de la situación de salud, posiciona los estudios realizados en la perspectiva de que la salud no resulta de las

fuerzas del azar o puede ser vista simplemente como un hecho biológico, donde el cuerpo o un órgano se ve afectado.

Más bien, ratifica la concepción de la salud como un resultado dinámico de complejos procesos que involucran las dimensiones histórica, socioeconómicas, políticas, culturales e ideológicas de la vida en sociedad y que, por ende, involucra también a diversos actores sociales en diferentes funciones y con variados intereses que se conjugan a la hora de tomar decisiones sobre el sistema, los recursos de que dispone y el papel que éste ha de jugar en la sociedad.

Por otro lado, el término *“construcción social”* designa también un método que implica que los mismos actores involucrados, en los distintos roles que asumen dentro del sector sean quienes, mediante la discusión y debate, lleguen a acuerdos mínimos sobre cuáles podrían ser esos futuros posibles para el sistema de salud y cómo alcanzarlos.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Medina (1998).





De esa cuenta, el primero de los estudios se enfocó en la identificación de los actores que tienen mayor incidencia dentro del sistema de salud. En este mapeo, no sólo se identificó su ubicación formal y su rol dentro del sector; además, se dio preeminencia a entender cómo actúan a la hora de tomar decisiones estratégicas que demarcan las prioridades e intereses institucionales y las agendas de trabajo. Comprender el mundo diverso de actores en salud desde el inicio, es fundamental para el proyecto pues la metodología de “construcción social de futuros” es, esencialmente, un proceso de diálogo político, pero basado en evidencia, en información técnica sobre el objeto de estudio –el sistema de salud- y las dinámicas y condiciones circundantes.

Siendo que, para el caso de Guatemala no se contaba con información actualizada sobre el tema, el proyecto se planteó desde el inicio la generación de conocimiento actualizado que permitiera la discusión informada entre actores y la reducción de asimetrías para la interlocución democrática. Como se expone en la presentación, hace casi dos décadas que no se abordaba en Guatemala el examen integral de la situación de salud y del sistema de salud. Ello a pesar de que han sido, al menos 12 los años los transcurridos desde que iniciara la implementación activa de una serie de políticas de “reforma sectorial” que han involucrado innumerables esfuerzos humanos, institucionales y financieros, con resultados aún no debidamente medidos. Cuando menos, estas mediciones no han llegado a constituir información pública de fácil acceso para la ciudadanía.

De allí que las investigaciones que aporta la presente colección y la “Síntesis” en particular, hayan constituido el elemento central e indispensable de esta etapa de trabajo. Reitero, no obstante, que los estudios han sido simplemente un medio para alcanzar un fin mayor: el debate social, la discusión pública y

amplia sobre los problemas existentes y cómo enfrentarlos de manera más creativa y con mejores resultados que lo obtenido a la fecha.

Las investigaciones han permitido también la identificación de los actores relevantes y de sus visiones respecto del sistema de salud. Además, constituirán un instrumento valioso que puede ayudar a “*nivelar la mesa de juego*” y democratizar el acceso a información sobre la situación de salud y del sistema entre actores diversos y profundamente desiguales en cuanto a su conocimiento previo, sus intereses y sus posibilidades reales de incidencia en las grandes decisiones que afectan la salud en Guatemala. Son, entonces, un instrumento vital para la democratización y la horizontalidad del diálogo político en Guatemala.

Siendo que el material generado es tan abundante, la Síntesis se propone en cuatro capítulos hacer un recorrido que parte de la exposición de los efectos visibles de la situación de salud-enfermedad en el país (primer capítulo), hacia las capacidades de respuesta sectorial actualmente presentes para enfrentarlos (segundo capítulo), poniendo particular énfasis en las capacidades del ente rector de la salud –el Ministerio de Salud- y en el subsector público de la salud. Con modestia, pues la información pública es limitada, se hacen reflexiones y referencias que competen al subsector privado de salud.

El tercer capítulo se asoma a la comprensión de la racionalidad que impera en el sector salud así como del contexto socioeconómico y político en el que ésta se reproduce en la actualidad. Es en este capítulo dónde el lector más especializado en salud podrá encontrar aspectos usualmente poco reconocidos de los “determinantes de la salud” y que en Guatemala poco se han explorado y documentado. Es la dimensión de lo subjetivo; de cómo las nociones e imaginarios sociales que tienen los actores sectoriales y las instituciones del sector, reproducen valores y

concepciones (explícitas y subyacentes) que orientan el actuar y la toma de decisiones en salud.

*Se requiere una renovación conceptual en los actores para que se den cambios de fondo en el sistema de salud guatemalteco*

Este tipo de hallazgos cobran particular relevancia puesto que en cierta medida, delimitan los márgenes para la innovación y el cambio posible dentro del sector. No hay que olvidar que si bien el subdesarrollo es un hecho objetivo e ineludiblemente marcado por dinámicas socioeconómicas, políticas e históricas, buena parte de la imposibilidad de salir de éste se gesta también en las mentes de los ciudadanos y ciudadanas; mentes que están cautivas de esas circunstancias, aunque no estemos siempre concientes de ello.

En este marco, Gustavo Estrada Galindo señala, con respecto al quehacer en el sector, que: “no podemos seguir haciendo lo mismo y esperar resultados distintos”; en realidad, tampoco podemos continuar afincados en un mismo modo de pensar y de hacer, y esperar que de ello surja un sistema de salud diferente y mejor. Necesitamos con urgencia, aire fresco, nuevas perspectivas -interpretativas y aplicativas- en el sector salud. Por supuesto, este es, un reto general, si es que queremos dar un salto cualitativo de desarrollo humano en Guatemala.

La reflexión final que aporta el capítulo cuarto de la Síntesis nos remite a hechos poco felices pero necesarios de confrontar. El autor los resume en cinco ámbitos de problemas: 1. La segmentación-fragmentación del sector salud, que riñe con la realización efectiva del derecho a la salud que garantiza la Constitución Política de la República. 2. La falta de rectoría del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social sobre el sector. 3. La histórica baja inversión pública en salud, cuya tendencia se ha agravado en los últimos años. 4. Una racionalidad de

mercado que ha imperado en el financiamiento y funcionamiento de todo el sector, que poco ha contribuido a cerrar brechas de inequidad en salud o a promover el desarrollo institucional del sector, en particular del subsector público. 5. La exclusión de la población en general de los procesos y espacios de toma de decisiones clave en el sector.

A pesar de que varios de estos problemas han sido amplia y recurrentemente identificados en distintos momentos en el tiempo,<sup>2</sup> Estrada acertadamente señala que “*se sigue haciendo más de lo mismo*” en el sector. Un ejemplo de ello es que los planes y programas encaminados a mejorar los indicadores de salud de la población, y que reclaman grandes cantidades de recursos, intentan reiteradamente solucionar los problemas por las mismas vías y con los mismos métodos: paliar las consecuencias -identificadas generalmente en etapas tardías- de los procesos de salud-enfermedad, sin abordar los factores y procesos determinantes -estructurales e intermedios- de las inequidades en la salud.

Así, sin importar cuán débil pueda ser el Ministerio de Salud en su capacidad rectora y operativa, cuán pequeño y débil está también el Estado guatemalteco en su conjunto, cuanta contracción exista en la inversión en salud y cuanto las elites ignoren las repercusiones económicas, políticas y sociales que tiene el no atender la salud, las autoridades tienen que diseñar, desarrollar e implementar políticas y acciones enfocadas, al menos en papel, a reducir o combatir las inequidades en las condiciones de salud de las y los guatemaltecos.

En palabras del autor, “al Ministerio de Salud le toca volar con las alas rotas” y seguir

<sup>2</sup> A estos se han referido en mayor medida los documentos de proyecto que amparan los 2 préstamos millonarios efectuados por el Banco Interamericano de Desarrollo -BID- desde el año 1996 al Estado de Guatemala para la “reforma sectorial de salud”. Igualmente el “Estudio Básico del Sector Salud” (OPS, 1992), Angel, L. O. y A. Sánchez (2002) entre muchos otros.





enfrentando en esas condiciones las constantes demandas de la sociedad civil, de los políticos y de las agencias internacionales para que entreguen servicios de salud a la población con prontitud, eficiencia y calidad; además, que desarrollen las políticas públicas que sustenten las acciones. Sin embargo, debe hacer todo ello con un presupuesto reducido, en un contexto donde la situación de su personal se precariza día a día, se carece de tecnología, y se lleva a cuestras además, el desprestigio de la opinión publica. Si fuera poco, el autor señala que además el Ministerio de Salud es saboteado continuamente en su capacidad de decisión y de acción desde dentro y fuera del aparato estatal.

*¿Por qué persiste esta situación?*

Muchos de estos problemas y retos han estado presentes prácticamente desde siempre, aunque ciertamente se han exacerbado durante la última década. En éste prólogo, quiero referirme en particular a dos dimensiones que me parecen críticas para comprender la perpetuidad de estos problemas en el sector salud. Por supuesto, cabe tomar éstas más como elementos para formular hipótesis que orienten futuras investigaciones, que como conocimiento constatado ya por la práctica investigativa.

*- Sobre la dinámica de “fragmentación-segmentación” del sistema*

La primera de estas hipótesis tiene que ver con la fragmentación-segmentación del sistema de salud guatemalteco que señala el autor con tanta claridad. Más que un simple defecto organizativo y gerencial del sistema, quiero plantear la posibilidad de que ésta se vislumbre como un elemento estructural y clave del mismo, enraizado en la matriz histórica y cultural de la sociedad, fundamental para la reproducción del propio sistema de salud y del status quo en el sector.

A pesar de que la historiografía sobre salud pública en Guatemala no es muy extensa, hay algunos estudios que dan cuenta de las precarias condiciones de vida y de salud en que ha vivido siempre la mayor parte de la población. Igualmente, hay algunas referencias históricas al pobre papel que siempre ha desempeñado el Estado con respecto a la salud.<sup>3</sup>

Ya en la Colonia, el tipo de atención en salud que se recibía dependía de quién se era y dónde se ubicaba uno en el estamento socioeconómico del país. Ya entonces la caridad era la única fuente de recursos destinados para atender la salud de la población pobre, rural e indígena, mientras que los españoles y otros con capacidad de pago eran atendidos por médicos particulares. El resto se trataba en hospitales públicos y lazaretos. Las instituciones coloniales de sanidad continuaron funcionando después de la independencia hasta la primera mitad del siglo XX, cambiando solamente en algunos casos de nombre y ubicación, pero casi siempre con un fuerte énfasis en medidas coercitivas para atender los problemas sanitarios.<sup>4</sup>

Con las reformas impulsadas a partir de la Revolución de 1944, la Dirección General de Sanidad Pública pasó a formar parte de la recién creada Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.<sup>5</sup> Del énfasis coercitivo y casi militarizado que habían tenido las acciones de salubridad hasta ese entonces, se pasó a una visión donde el Estado asumía funciones benefactoras y reparadoras de la salud. La Constitución de 1945 estableció el seguro social obligatorio, creándose un año más tarde la ley orgánica que dio vida al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS. Se suponía que éste aplicaría un régimen nacional, unitario y obligatorio de Seguridad Social que

<sup>3</sup> Ver PNUD (2002) INDH (2002) “Desarrollo humano, mujeres y salud”, capítulo XIII “Hitos de la salud pública en Guatemala”.

<sup>4</sup> Op. cit p.270.

<sup>5</sup> Esta Secretaría es el antecedente inmediato del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.



ofreciera una protección mínima a la población –especialmente a los trabajadores y sus familias– en caso de enfermedad, maternidad, accidentes.<sup>6</sup>

La Revolución de 1944, se proponía encaminar al país hacia la consolidación de una economía capitalista plena, dejando atrás eventualmente su condición netamente agraria, basada en la dinámica impuesta por el monocultivo en grandes latifundios, que para su reproducción requería sobre todo, de abundante y barata mano de obra, dependiente del trabajo estacional. Se esperaba que la ampliación de la base de propietarios y productores en el campo, resultante de la reforma agraria, y la creciente industrialización del país, exigiera un recurso humano más calificado y saludable para elevar la productividad nacional. En ese marco, el papel del Estado debía orientarse a asegurar que esa fuerza laboral cualitativamente diferente estuviera disponible. De allí el papel fundamental que tenía el IGSS en aquel modelo de desarrollo propuesto para el país. De haberse realizado habría significado acabar –o al menos reducir ostensiblemente– con la fragmentación del sector.

Sin embargo, a partir de 1954, el país tomó un rumbo político diferente y la economía tampoco evolucionó en la dirección anticipada. Para comenzar, no se modificó la estructura de tenencia de la tierra, ni el basamento agrario de la producción nacional, cuyo eje de acumulación siguió siendo la dualidad latifundio-minifundio.<sup>7</sup> El país tampoco avanzó notablemente en su industrialización, por lo que la demanda de mano de obra de otra calidad siguió siendo también poco significativa. A la par, el Estado nunca se convirtió en garante del desarrollo y de la protección social de toda la población. Todo

ello ocurriendo en un escenario fuertemente marcado por los vaivenes de la economía mundial,<sup>8</sup> el conflicto armado interno de 36 años de duración, y el notable adelgazamiento de capacidades estatales vivido por el Ministerio de Salud Pública desde mediados de la década de los noventa.

Estos hechos, más la pérdida de autonomía del IGSS sufrida a escasos 10 años de su creación, y la falta de cumplimiento tanto de empresarios como del Estado mismo con su desarrollo institucional y su financiamiento, derivaron en una Institución de Seguro Social que escasamente ha logrado cumplir con su mandato de protección social. Por otro lado, con un escenario económico totalmente diferente al concebido originalmente, donde lo que predomina es la informalidad y el subempleo, difícilmente el IGSS podrá jugar un mejor papel en la creación de un sistema universal de protección social, a menos que sufra modificaciones substantivas a su mandato.

La creación y expansión del IGSS debió modificar también la matriz histórica de segmentación público – privada que ha caracterizado los servicios de salud desde la Colonia.<sup>9</sup> De haber prosperado la visión original que se planteó para el IGSS, éste hubiera llegado a absorber dentro del régimen de seguridad social a una

<sup>8</sup> Después de varios años de tener tasas de crecimiento económico per cápita por arriba del 5% en las décadas de los sesenta y setenta del siglo XX, la economía guatemalteca se vio fuertemente afectada en su crecimiento por los acontecimientos económicos mundiales desatados por la crisis petrolera de 1973. Guatemala, junto con el resto de Latinoamérica, se encaminó en los ochenta a la aplicación de medidas de ajuste estructural y estabilización de la economía. En el lapso de 20 años, el país abandonó la estrategia de sustitución de importaciones para abrazar una basada en la creciente apertura y liberalización de la economía con vistas a una mayor interconexión con la matriz económica mundial contemporánea. Ver INDH 2007/2008 Guatemala: ¿una economía al servicio del desarrollo humano?

<sup>9</sup> Donde lo “público” ha estado siempre dirigido a los pobres (o a los que no tienen o no pueden) y lo “privado” a quienes tienen capacidad adquisitiva.

<sup>6</sup> Op. cit., p.271.

<sup>7</sup> Del análisis de la información económica se muestra que es apenas en los últimos 20 años del siglo XX que comienzan a darse cambios significativos en la matriz productiva nacional, caracterizado por una pérdida





significativa proporción de trabajadores de la capas media y media alta de la sociedad, tradicionalmente clientes/usuarios de los servicios privados de salud.

Igualmente, el IGSS hubiera requerido absorber una buena proporción de personal médico para el cumplimiento de su misión. Pero la protesta médica no se hizo esperar frente al intento de convertir en asalariados a los practicantes liberales de la medicina, hecho que hubiera sido necesario para el adecuado desarrollo institucional del IGSS y la expansión del régimen de seguro social a toda la población. De esa época data también la creación del Colegio de Médicos y Cirujanos, ente de defensa gremial.

De allí que, el “fracaso” del IGSS para cumplir su mandato sea fundamental para explicarse la continuidad y funcionalidad en el tiempo del modelo fragmentado y segmentado de los servicios de salud en Guatemala.

Irónicamente, lo que no logró el Estado guatemalteco con la creación del IGSS, lo está logrando, al parecer, la importante expansión del mercado en el sector salud guatemalteco, acaecido durante la última década. Por un lado, los modelos de subcontratación de servicios por parte del MSPAS y del IGSS, empleados durante los últimos 10 años como mecanismo para ampliar coberturas y reducir las listas de espera para atención ambulatoria (en el caso del IGSS), han propiciado que tanto organizaciones no gubernamentales, fundaciones privadas, practicantes individuales y empresas médicas (y de otras especialidades en salud) presten servicios a la población financiados con fondos públicos, pero sin perder totalmente su autonomía dentro del sector.<sup>10</sup>

<sup>10</sup> Si bien este planteamiento puede únicamente tomarse como hipótesis preliminar pues es éste un campo de investigación prácticamente virgen en el país. Tampoco son públicas, si es que se han realizado, las evaluaciones que el IGSS o el MSPAS hayan realizado a lo largo de este período de tiempo sobre la efectividad y eficiencia de esta modalidad de subcontratación de servicios privados.

Si bien los resultados alcanzados con la subcontratación de servicios y su costo-efectividad están aún pendientes de conocerse públicamente, pareciera ser que esta modalidad de relación público-privada es más compatible con la tradición de práctica liberal de la medicina que ha imperado durante tantos siglos en Guatemala. Al menos más que la que inicialmente se planteaba con la gradual proletarización del médico –y de otros especialistas– en salud, de haber sido éstos absorbidos como planta laboral del IGSS. Queda también por verse qué pasaría una vez que el Estado, como garante efectivo de la calidad de atención que se percibe, jugara un papel más proactivo en la regulación y verificación de la calidad de esta modalidad de prestación de servicios.

Por otra parte, una vertiente incipiente –pero potencialmente mucho más conflictiva– que lentamente podría estar implicando cambios sustantivos a la práctica liberal tradicional de las profesiones vinculadas a la salud, se genera a partir de los altos y crecientes costos de la atención médica. Estos han obligado a los segmentos más pudientes de la población a buscar fuentes de aseguramiento privado en salud que les reduzcan el riesgo financiero que les implicaría una enfermedad catastrófica.<sup>11</sup> Las aseguradoras han incluido entre sus medidas de contención de costos, la imposición de techos (aranceles) a los honorarios médicos. Esta ha sido la razón principal de conflicto entre éstos y las aseguradoras, pues los médicos han resistido la imposición de restricciones al cobro de sus servicios profesionales.

En caso de que el sistema de salud se reorientara hacia la expansión del aseguramiento (público

<sup>11</sup> Sea esto porque no cuentan con acceso al IGSS o bien, como complemento al esquema de prestaciones ofrecidas por dicha institución. Su papel como mecanismo financiero de acceso a servicios para el conjunto de la población es aún muy limitado, y generalmente las condiciones de acceso son altamente excluyentes y poco supervisadas por el Estado, especialmente en lo que concierne a los contenidos de atención que cubren.



y/o privado) como mecanismo para la ampliación del acceso a servicios de salud a la población, habrá que considerar esta dimensión de resistencia gremial como parte de los retos por enfrentar y que exigiría que ambos bandos, médicos y aseguradoras, fueran fuertemente regulados por el Estado para evitar que sean los consumidores/usuarios quienes se conviertan en el mecanismo de contención del conflicto entre ambos agentes.

*-La tríada tecnológica: el hilo que enhebra la fragmentación del sistema de salud*

Los estudios de esta colección aportan elementos para pensar que esta situación de fragmentación sectorial, de repartición de usuarios según capacidad de pago, de falta de coordinación interinstitucional y frecuente duplicidad de esfuerzos, no se ha conservado intacta a lo largo de los últimos 50 años únicamente por la fuerza de la inercia. Al parecer, esta “disfuncionalidad sistémica” tiene su argamasa: la prioridad que prácticamente todas las instituciones del sector dan a la enfermedad y a la aplicación de los procesos y recursos humanos, financieros y tecnológicos (incluidos los medicamentos) de que disponen al diagnóstico, terapéutica y rehabilitación.<sup>12</sup>

En efecto, la tríada representada por el médico, la tecnología (diagnóstica/ terapéutica) y el medicamento, no sólo están firmemente ancladas en el imaginario de las instituciones, sino también en el de las personas comunes. Para ellos, una “buena terapéutica” significa esencialmente, tener acceso a esa tríada, independiente de si ello se requiere o no para resolver su problema de salud. De allí que el médico se constituye en el principal agente dinamizador del actual sistema de salud: En primer lugar, porque una buena parte de ellos transita fluidamente entre

instituciones públicas y privadas, combinando la práctica privada liberal con un empleo en una institución pública, en un organismo no gubernamental, una Universidad o en una fundación privada. Y, en el tránsito entre una institución y otra, los médicos se convierten en los principales agentes de reproducción de un sistema por el que circulan anualmente un volumen impresionante de recursos. Para el año 2005, este se estimó en cerca de Q. 12, 500 millones de quetzales, de los cuales un 30% se destinan a la compra personal o institucional de medicamentos.<sup>13</sup>

Segundo, los médicos son igualmente quienes, por las posiciones de influencia que tienden a ocupar en las instituciones del sector, recomiendan o deciden los contenidos de las listas de compra de medicamentos o tecnología. Igualmente lo hacen a través de su práctica privada pues son ellos quienes deciden los métodos diagnósticos y terapéuticos para los pacientes. No en balde existe toda una maquinaria montada por las empresas farmacéuticas para mantenerlos al tanto de los últimos desarrollos en estos campos.

Tercero, esa dinámica existente de tránsito continuo de médicos de una institución a otra y entre subsectores, se aplica de igual manera a los pacientes y los recursos. La fragmentación y la falta de control sobre quién y dónde se hace uso del sistema, hace posible que se den esos flujos; en otras palabras, la segmentación no es discreta. Una persona atendida en una institución puede luego ser nuevamente vista en otra por la misma razón y a veces, hasta por el mismo personal. Un reordenamiento del sistema de salud “disfuncional” guatemalteco, que planteara un control más estricto sobre quiénes reciben qué servicios y con qué recursos, podría alterar el plácido equilibrio de esta ecuación, seguramente para el malestar de no pocos.

<sup>12</sup> Prácticamente, ninguna institución despliega esfuerzos substantivos para contribuir a que la población guatemalteca sea más saludable y se mantenga así la mayor parte del tiempo.

<sup>13</sup> Flores, W. (2008) USAID/AED Diálogo para la inversión social/ INDH-PNUD Análisis de política 1 ¿Quién financia la salud en Guatemala?



*¿Se puede lograr un nuevo papel para el sistema de salud?*

Las breves líneas que anteceden, constituyen reflexiones que ojala apoyen la formulación de hipótesis que exploren, a futuro, el incógnito mundo de la economía política de la salud en Guatemala. Tanto la Síntesis como los títulos que integran la colección: “El sistema de salud en Guatemala: ¿hacia dónde vamos?”, aportan valiosos elementos de información para ello. Indudablemente, constituye todo un reto de investigación pendiente en el país, que no ha sido cubierto por este esfuerzo, pero indispensable de iniciar para construir con pie certero, un futuro distinto para la salud en Guatemala y por ende, para el desarrollo humano.

Mientras ello avanza, cabe preguntarse si es posible imaginar y construir un sistema de salud distinto, que responda de mejor manera al período de transición socio-demográfica, alimentario-nutricional y epidemiológica que está viviendo ya la población.

Partamos entonces, del supuesto de que a la sociedad guatemalteca, a sus elites dirigentes, sí les interesa contar con un sistema de salud que tenga capacidad de respuesta efectiva ante tan variada gama de retos y para una población tan heterogénea y con condiciones tan desiguales.

Frente a este interés, y desde la perspectiva del desarrollo humano, el sistema de salud debiera contribuir a que las personas vivan vidas más prolongadas y saludables; a crear condiciones para que se liberen de la enfermedad evitable, la muerte prematura así como de la incertidumbre financiera que afecta sus vidas de otras maneras. Siendo además que en Guatemala está ampliamente documentado que es la variable socioeconómica la que más discrimina a la hora de tener oportunidades de acceder a una vida más saludable, y también a

tener opción de acceso a los servicios de salud, el sistema debiera tener como misión principal reducir las inequidades más manifiestas.

Concretamente, Gustavo Estrada Galindo expone en la síntesis que el sistema de salud debiera enfocar los mayores esfuerzos a: 1. disminuir los efectos de la estratificación social sobre las oportunidades de acceso al sistema de salud; 2. reducir las brechas en cuanto a la exposición diferenciada frente a los riesgos a la salud que tienen distintos grupos de población; 3. eliminar las diferencias en la vulnerabilidad de los diferentes grupos de población, y; 4. desarrollar acciones y estrategias que minimicen o supriman las diferencias que tienen las enfermedades en los distintos grupos poblacionales. La meta es que las condiciones que detenta el grupo más favorecido puedan ser logradas por los demás.

Para ello, una acción fundamental es que el Ministerio de Salud asuma su rol como operador político, abogando por una mejor salud para la población. Hay que recordar que el estado de salud de una sociedad, depende más de la existencia de políticas económicas y sociales “saludables”, que de las acciones directas del sistema de salud.<sup>14</sup> De allí que el papel orientador y asesor del MSPAS sobre el resto de sectores sea fundamental para lograr esa “más y mejor vida para todos” que tanto anhelamos.

*Para hacer todo esto, ¿qué condiciones requiere el Ministerio de Salud?*

Un primer reto lo constituye reconstruir la capacidad institucional del Ministerio de Salud Pública en todas las dimensiones que contempla su papel rector, así como en sus capacidades técnicas y humanas para liderar al resto de instituciones del sector por la nueva ruta a seguir.

<sup>14</sup> Ver INDH (2002).



Un segundo reto pasa por recuperar para la agenda pública los vínculos entre salud y crecimiento económico y del papel que juega la salud en el logro de un mejor nivel de desarrollo humano. Si la salud sigue siendo un elemento sin importancia para la mejora del desempeño económico y la competitividad, difícilmente se podrá construir un sistema universal e incluyente de salud, ni habrá suficiente aliciente para asegurar su adecuado financiamiento.

Tercero, siendo que la principal fuente de inequidad en salud la genera la estratificación socio-económica que discrimina el tipo de acceso que tiene la población a los servicios, el primer elemento a considerar al impulsar una estrategia de cambios es transformar el modelo de financiamiento vigente de manera que la capacidad de pago directo de los individuos y hogares deje de ser el elemento segregador de la oferta de servicios.

Como se expone ampliamente en la Síntesis, durante los últimos 10 años, se ha visto como el aporte directo (de bolsillo) efectuado por las personas (hogares) cuando ya están en el momento de necesidad, se ha convertido en la principal fuente de financiamiento de la salud en Guatemala. Se estima que al año 2005, el gasto total en salud ascendió a cerca de 6.5% del PIB. De éste el 80 % fue gasto privado (equivalente a 4.7% del PIB), siendo la mayor parte destinado a la compra de medicamentos. Si bien el nivel de gasto total en salud del país se ubica en el rango promedio de gasto en salud de países con similar nivel socioeconómico, ningún otro país de la región tiene una participación más alta de gasto privado en salud como total del gasto en este rubro que Guatemala.<sup>15</sup>

Es difícil pensar que el Ministerio de Salud ejerza efectivamente sus funciones de rectoría y provisión de servicios a la población cuando los recursos financieros de que dispone no

sólo son bastante menores que los que gastan los hogares directamente sino que además, prácticamente no tiene ninguna injerencia en cómo se gasta ese recurso. Tampoco la tiene sobre lo que se gasta en la atención de salud que proporciona el IGSS a través de su programa de Enfermedad, Maternidad y Accidentes.

De esta manera el esquema de financiamiento que prevalece en la sociedad se constituye en una fuente directa de desigualdad. Está ampliamente documentado a nivel mundial que este mecanismo no sólo perpetúa las desigualdades sociales y en salud, sino es además profundamente ineficiente.

En la ineficiencia pesan en particular dos elementos: la fuerte asimetría de conocimiento e información que existe en general entre usuarios y proveedores de servicios de salud, que actúa en detrimento de los usuarios, y les resta posibilidades de hacer decisiones óptimas por sí mismo respecto a qué es lo que más les conviene hacer para mantener y/o restaurar su salud. Por otra parte, si cada individuo u hogar se resuelve sus problemas conforme a su posibilidad de pago, no es posible distribuir el riesgo financiero entre el conjunto de la población, como sí ocurriría en un esquema de financiamiento a dónde todos contribuimos (se a en un esquema de administración pública –como el del IGSS- o privada –como la mayoría de seguros de salud existentes en Guatemala-. Esto permitiría, en principio, hacer más con el dinero disponible acumulado de todos, que cuando un individuo u hogar intenta por sí sólo afrontar los costos de tratar o recuperar la salud.

De allí que una meta clave de alcanzar con el replanteamiento del modelo de financiamiento la reconversión de la relación entre gasto público/gasto privado (de bolsillo) a favor de más gasto público. Esto se puede lograr si se incrementa la proporción del presupuesto público del Estado asignado al Ministerio

<sup>15</sup> Flores, W. (2008).



de Salud, a la par de que gradualmente se reorienta el gasto de bolsillo hacia formas de pago más eficientes y que complementen el gasto público disponible.

Además, si lo que más gasto está generando a la población es la compra directa de medicamentos, otro pilar sustantivo de ese cambio de modelo debiera ser la política de acceso universal a medicamentos, teniendo ésta que contemplar toda la cadena que va desde la producción y/o importación, comercialización y consumo apropiado de los mismos por parte de los individuos e instituciones de salud.

De igual manera, habría que revisar la distribución de los recursos públicos entre los distintos espacios geográfico-poblacionales del país, teniendo como norte la búsqueda de mayor equidad de oportunidades para los distintos grupos de población de vivir una vida prolongada y saludable. Y, junto con el modelo de financiamiento, habría que rediseñar el denominado “Modelo de atención” y a partir de éste, el papel que las distintas instituciones del sector debieran jugar para que este modelo se realice.

Los contenidos de la Síntesis y de los estudios que se comparten en esta colección son lo

suficientemente estimulantes y llenos de contenido como para provocar éstas y muchas otras reflexiones relevantes para la política pública. Claramente, éste puede ser un interesante ejercicio individual para personas que, como yo, estamos interesadas en el tema. Pero, atendiendo a la visión original con la que se emprendió este esfuerzo, su riqueza mayor radica en la posibilidad de hacer estas reflexiones conjuntamente, con distintos actores sociales involucrados en el proceso; a través del debate y la identificación de puntos en común.

Una visión compartida acerca de la finalidad del sistema y sobre un conjunto de recomendaciones básicas que alimenten el diseño de las políticas estratégicas que se requieren para reorientar la operatividad del sistema de salud, sería el mejor legado que la presente generación podríamos dejarle a los casi 400,000 niñas y niños que año con año están naciendo en nuestro país.

Esta Síntesis y la colección de títulos *“El sistema de salud en Guatemala: ¿hacia dónde vamos?”* es un modesto aporte a ese compromiso con la vida.

**Karin Slowing Umaña**

Coordinadora

Programa Informes Nacionales de Desarrollo Humano  
y Objetivos de Desarrollo del Milenio



## Introducción



El presente análisis del sistema de salud de Guatemala surgió como parte del proyecto “La construcción social del futuro de la salud en Guatemala”, el cual es una iniciativa del programa del Informe Nacional de Desarrollo Humano del PNUD Guatemala, con el apoyo financiero del International Development Research Centre –IDRC– en la línea de investigaciones sobre “Gobernanza, equidad y salud”<sup>1</sup>. Este esfuerzo logró convocar a las universidades: San Carlos de Guatemala, Rafael Landívar y Del Valle de Guatemala; al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS); y recibió apoyo técnico de la OPS-OMS, instituciones con quienes se inició un proceso de reflexión sobre la problemática de salud del país y sobre cuáles debían ser las líneas de investigación que apoyaran la búsqueda de soluciones.

Como resultado de este proceso, hubo consenso en cuanto a que la línea de investigación debía tender hacia la búsqueda de información y análisis que apoyase la conformación de un nuevo sistema de salud para Guatemala, con

capacidad de responder de manera integral y sostenible a los problemas de salud-enfermedad actuales y futuros, procurando –crecientemente– una población más saludable.

El proyecto partió de reconocer y examinar las precarias condiciones de salud del país y de los problemas organizacionales, económicos y políticos a los que se enfrenta el sistema de salud en la tarea de resolver los problemas de salud de la población guatemalteca<sup>2</sup>. Se plantearon dos objetivos generales: 1) contribuir al proceso de formulación de políticas, planes y acciones de salud en Guatemala, de manera que éstas logren mejorar la gobernabilidad y equidad en el sector mediante la visualización de las alternativas futuras, posibles y deseables del desarrollo de la salud y de los servicios en los próximos 15 años; y 2) fomentar y generar procesos democráticos de discusión política, científica y técnica en salud, con amplia participación de los actores políticos y sociales, a fin de facilitar los propios procesos de construcción y capacidad de propuesta de los mismos.

<sup>1</sup> La línea de investigación sobre “Gobernanza, equidad y salud” fomenta el uso de la investigación y la evidencia en el análisis y desarrollo de política en salud y sistemas de salud; a la vez, impulsa el debate sobre la equidad y los sistemas de salud.

<sup>2</sup> Documento de proyecto: La construcción social del futuro de la salud en Guatemala.





Para el cumplimiento del primer objetivo, se ha desarrollado una plataforma de investigación que permite aproximarse al conocimiento del sistema de salud desde diversos ángulos y comprender su dinámica, relaciones y productos.

Esta plataforma de investigación incluyó el desarrollo de un marco teórico conceptual, donde la salud es concebida como un derecho ciudadano, es parte constituyente y dinámica del desarrollo humano y donde el sistema de salud en general, y de manera particular el sector salud, tiene como objetivo fundamental lograr una población más saludable en un marco de equidad.<sup>3</sup>

Este esfuerzo investigativo desarrolla diversos estudios que exploran el sistema de salud desde la perspectiva de tres ejes temáticos: i) investigaciones sobre el contexto social, económico, político, demográfico y epidemiológico donde se desarrolla el sistema de salud y al que responde; ii) investigaciones relacionadas con las dinámicas de la estructura, funcionamiento y desempeño del sistema de salud; y iii) investigaciones que indagan las valoraciones, visiones e imaginarios sociales que subyacen el sistema de salud de Guatemala.

La plataforma de investigación desarrollada consta de 10 estudios independientes entre sí, en cuanto a sus tiempos de realización y áreas de especialización de los y las investigadoras, pero que están profundamente vinculados en cuanto al objeto de estudio (el sistema de

salud de Guatemala), su estructura, visión prospectiva y alcances.<sup>4</sup>

La pregunta fundamental de investigación es: ¿qué sistema de salud necesita Guatemala para que su población sea más saludable, en un marco de equidad y de derecho a la salud? Para responderla, el proyecto que dio origen a estas investigaciones propone que son los actores sociales y políticos de la salud quienes –mediante un complejo y exhaustivo diálogo, a través del análisis de la información disponible y considerando el marco sociopolítico y económico– deben buscar las alternativas que resulten ser posibles, probables y deseables para el país.

En apoyo al diálogo y basándose en las reflexiones que emergen de los resultados y análisis de las diez investigaciones realizadas, este documento tiene la finalidad de convertirse en un instrumento útil para los formuladores de políticas y demás actores de la salud, especialmente en los procesos de discusión y debate técnico y político.

El documento está organizado en forma de capítulos, respondiendo las preguntas: ¿qué retos enfrenta el sistema de salud?; ¿cuáles son las capacidades con las que el sistema de salud cuenta para enfrentarlos?; ¿cuál es el contexto para la acción política del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), de cara a las transformaciones que necesitan hacerse? Al final se desarrolla un capítulo con las reflexiones sobre el significado de los hallazgos para el sistema de salud. En los anexos se puede consultar el marco teórico conceptual e información complementaria.

<sup>3</sup> Ver anexo al final del documento

<sup>4</sup> Se desarrollaron 10 estudios: 1) El contexto sociopolítico y económico del sistema de salud; 2) Mapa de actores de la salud; 3) Mapa de las visiones institucionales de la salud; 4) Situación socio demográfica de Guatemala; 5) Situación de la transición alimentaria y nutricional en Guatemala; 6) Situación epidemiológica de Guatemala; 7) Imaginarios sociales de la salud en Guatemala; 8) Sistema de salud en Guatemala; estructura y dinámica; 9) Las opciones y elecciones de las personas en la utilización de los servicios de salud; 10) El recorrido del enfermo en Guatemala.



# Capítulo I



## Los desafíos que enfrenta el sistema de salud de Guatemala

El sistema de salud está integrado por instituciones y organizaciones cuya acción y relaciones dinámicas, intencionadas o no, producen diversos resultados en la salud de la población. Esta última, a pesar de ser el sujeto sobre el cual el sistema de salud ejerce su influencia, establece relaciones recíprocas con el sistema y sus organizaciones, determinando en buena parte por la vía de la configuración y dinámica poblacional, las dimensiones, ubicación, características y niveles de complejidad de la red de servicios de salud, al menos en el plano normativo.

Mismo caso ocurre con el perfil de enfermedad, riesgo y muerte de la población, el cual es en parte el resultado de lo que el sistema hace o deja de hacer, pero a su vez plantea los grandes desafíos para las acciones de los servicios de salud en términos de lo que le concierne hacer, de manera particular, en cuanto a la promoción, recuperación y rehabilitación de la salud y la prevención de la enfermedad.

La comprensión de la salud-enfermedad como un proceso dinámico, permite integrar en sus relaciones de causalidad, distintos niveles de análisis<sup>5</sup> que cuando se expresan en el sistema de salud, revelan la participación de organizaciones, que sin tener la responsabilidad

<sup>5</sup> Ver marco teórico conceptual en el anexo.

directa de prestar servicios de recuperación de la salud, tienen una profunda influencia en los resultados globales del sistema. El ejemplo más conspicuo es el papel de las municipalidades en el manejo adecuado del agua y el saneamiento o el de las instituciones económicas y productivas, al proveer alimentos y oportunidades de obtenerlos.

En el presente capítulo se examinan los retos que enfrenta el sistema de salud en tres planos: el primero se refiere a las implicaciones para los servicios en cuanto a sus características, ubicación y articulación a partir del examen del perfil socio demográfico; en el segundo, el examen se hace mediante el análisis del perfil epidemiológico y sus implicaciones, tanto en la ubicación y complejidad de los servicios, como del modelo de atención y su pertinencia con los problemas que enfrenta; y por último, se examinan la situación y transición alimentaria y nutricional y las relaciones entre el medio ambiente y salud, para poner de relieve los retos de articulación intersectorial. Si bien el contexto socio político tiene una profunda influencia en las relaciones y resultados del sistema de salud, este elemento es examinado en otro apartado de este documento.

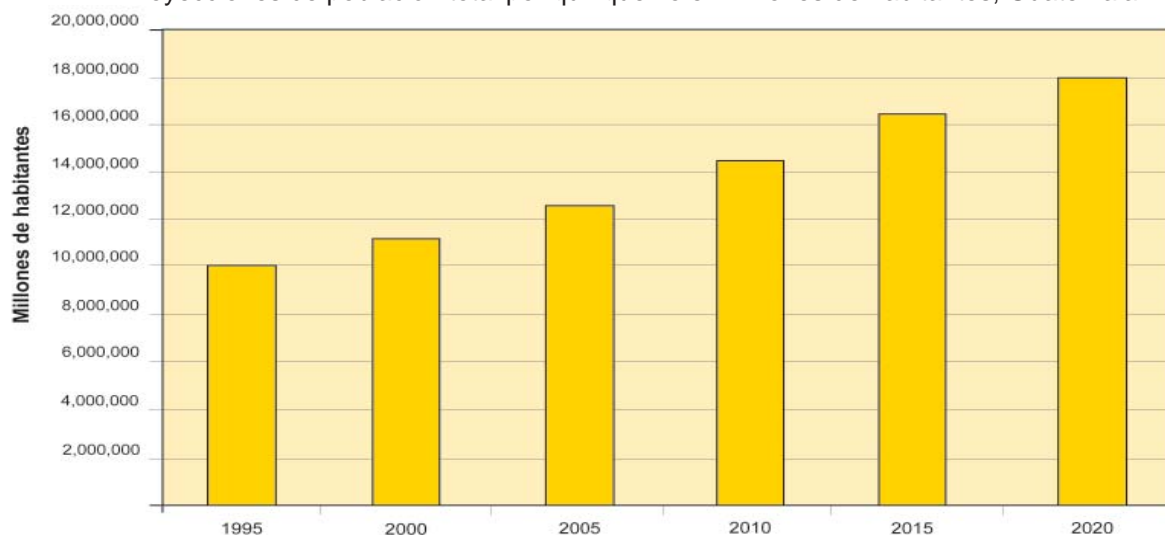
### Los desafíos poblacionales

Las transformaciones que han ocurrido en Guatemala en las últimas décadas en los



**Gráfica 1**

Proyecciones de población total por quinquenio en millones de habitantes, Guatemala



Fuente: Anuario Estadístico CELADE, 2006, basado en el censo del 2002

ámbitos sociales, económico y político han contribuido a generar cambios en las condiciones de vida de los distintos grupos poblacionales, en las dinámicas que se establecen para sobrevivir, en la estructura y dinámica familiar y en la movilidad territorial, entre otras cosas. Todo esto se refleja en las variables demográficas y sociales, configurando perfiles poblacionales diferenciados para todo el país, produciendo finalmente para cada grupo social exposiciones diferenciadas a riesgos, distintas vulnerabilidades y consecuencias diferenciadas de los problemas de salud.

Esta reconfiguración dinámica de los perfiles poblacionales, plantea para el sistema de salud el reto de desarrollar acciones que logren disminuir, combatir o neutralizar los efectos que esta estratificación social y poblacional tiene sobre la equidad en la atención de los problemas de salud. El conocimiento y profundización en los perfiles sociodemográficos del país se constituye, por lo tanto, en uno de los elementos fundamentales para la definición y planificación de un nuevo sistema de salud para Guatemala.

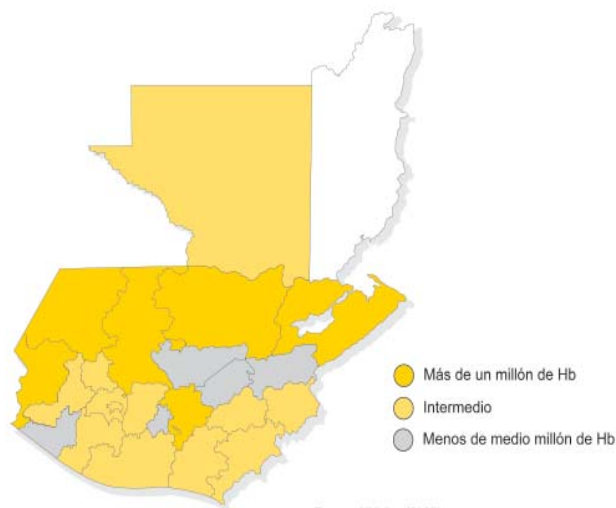
Según el Censo Nacional de Población, para el año de 2002, Guatemala tenía 11.237.196 de habitantes, de los cuales el 41% declaraba ser indígena, el 59% no indígena, 48% eran hombres y cerca del 45 % habitaba las áreas urbanas<sup>6</sup>.

En la Gráfica No. 1 se puede observar que si se mantienen las tendencias de crecimiento poblacional, para el año 2020, el número de habitantes llegará a los 18 millones, lo que permite prever que a la par de este crecimiento, crecerán las demandas de empleo, vivienda, alimentos y servicios, entre otras muchas cosas.

<sup>6</sup> Informe Nacional de Desarrollo Humano (2005)  
INDH, PNUD, Guatemala

**Gráfica 2**

Crecimiento poblacional por departamento para 2020



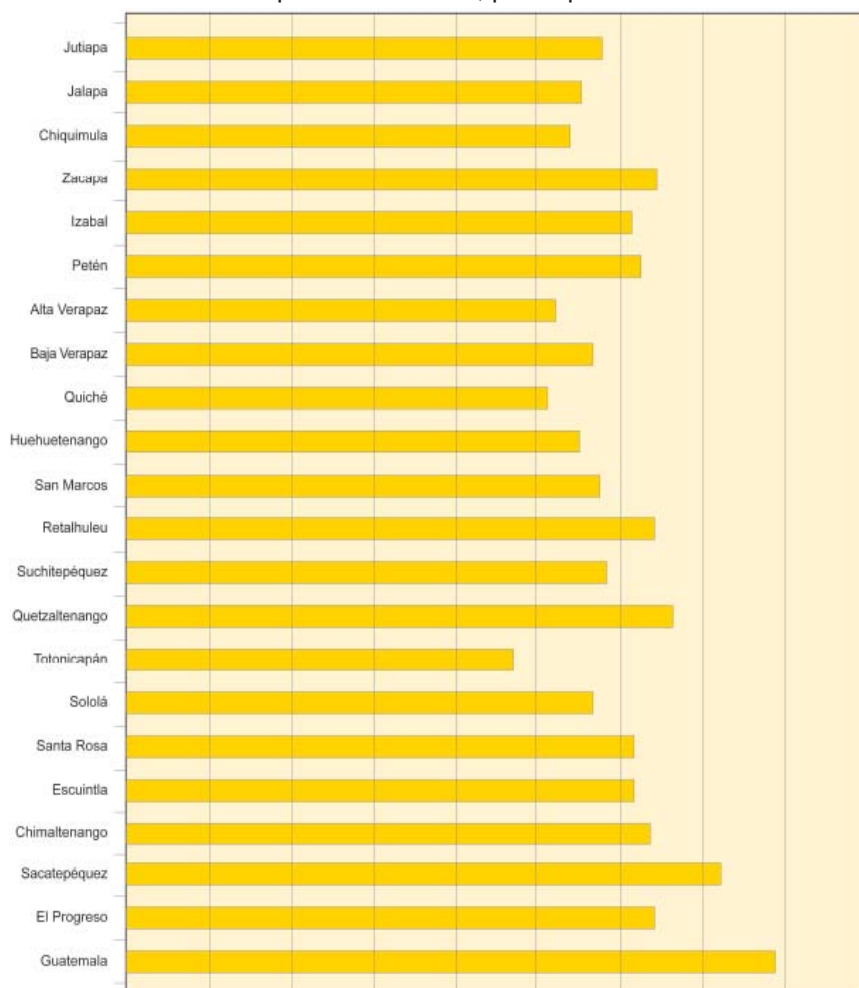
Fuente: Hidalgo (2007)

*¿Cuántos son y serán los y las guatemaltecos, dónde están ubicados, y cuáles son sus características socioeconómicas?*





**Gráfica 3**  
íDH para el año 2002, por departamento



Fuente: Informe Nacional de Desarrollo Humano 2005

Dicho crecimiento poblacional no es heterogéneo, pues cuando se desagrega por departamento, se logran identificar tres grupos de departamentos según el número de habitantes (Gráfica No. 2). El primer grupo lo forman cuatro departamentos que para el año 2020 sobrepasarán el millón de habitantes: Alta Verapaz, Huehuetenango, Quiché y San Marcos. El segundo grupo, en ese mismo período, tendrá menos de medio millón de habitantes: El Progreso, Baja Verapaz, Retalhuleu y Sacatepéquez. El último grupo está integrado por los 13 departamentos restantes, en donde habrá un número intermedio de habitantes.

El hecho que algunos departamentos tiendan a un mayor crecimiento poblacional que otros,

debe ser examinado a la luz de otras variables que inciden en dicho fenómeno.

El crecimiento poblacional resulta de la combinación de las cifras de nacimientos, muertes y migraciones. Éstas, a su vez, están profundamente vinculadas a las condiciones de vida, las oportunidades para la educación y el empleo y las características de las relaciones entre las personas. Estas variables se pueden examinar mediante el Índice de Desarrollo Humano y la estratificación de la pobreza. Con el primero, se consideran la educación, los ingresos y la salud expresada en la esperanza de vida; con el segundo, se pueden establecer relaciones con otras variables demográficas como la distribución territorial –urbana y rural– y con la composición étnica.

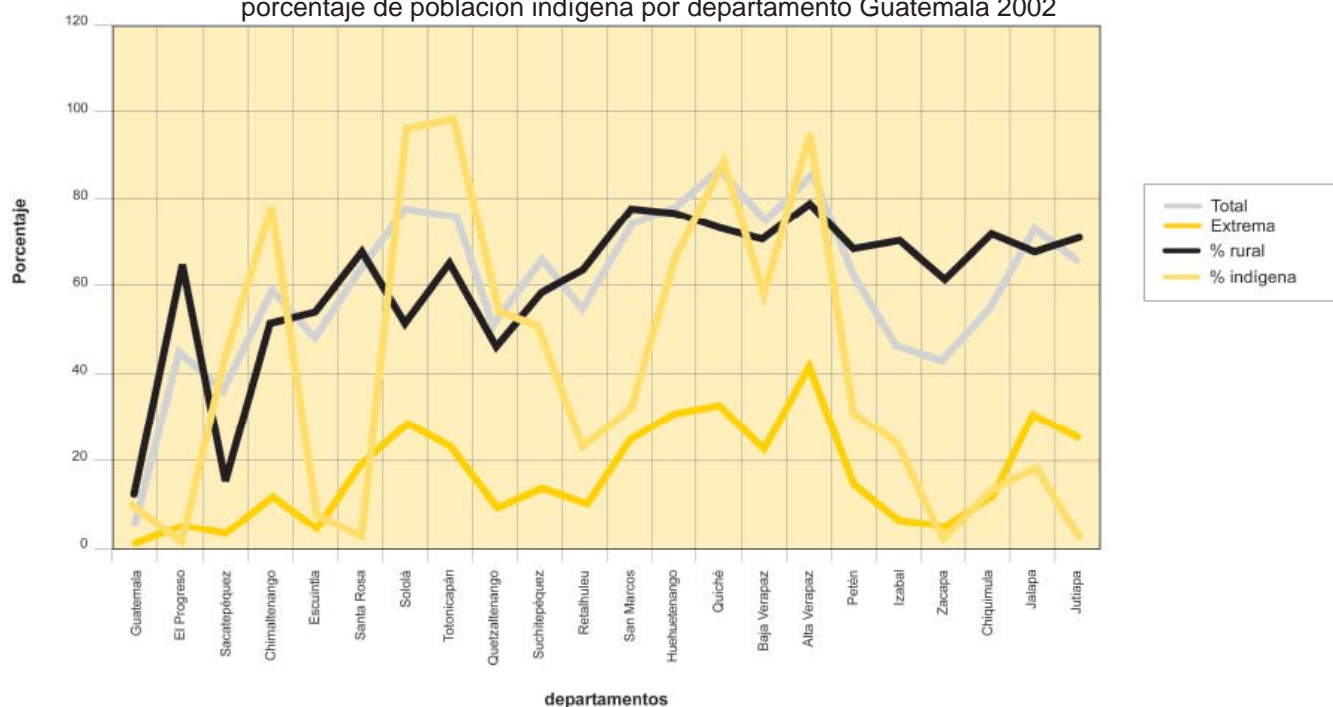
En las Gráficas No. 3 y 4 se examina el comportamiento del Índice de Desarrollo Humano y los datos de pobreza, ruralidad y población indígena para cada departamento.

Como puede observarse, los departamentos que más crecerán en cuanto a su población, se cuentan entre los de mayor ruralidad, mayores niveles de pobreza y con mayor porcentaje de población indígena. Es decir, que la marginación, discriminación étnica y precariedad en las condiciones de vida de grandes grupos de población, guarda relación con el ritmo de crecimiento poblacional. Esto no quiere decir que los departamentos con menor tendencia al crecimiento detentan mejores condiciones de vida. Como se puede observar en la Gráfica No. 4, hay departamentos como Chiquimula. Éste tiene una baja tendencia al



**Gráfica 4**

Comparación entre pobreza, pobreza extrema, ruralidad y porcentaje de población indígena por departamento Guatemala 2002



Fuente: Informe Nacional de Desarrollo Humano, 2005

crecimiento y sin embargo muestra uno de los más altos porcentajes de ruralidad; tiene poca población indígena, pero su nivel de pobreza roza el 60%. Así mismo, los departamentos con valores intermedios y bajos de crecimiento, muestran índices de desarrollo humano por debajo de la media nacional, lo que revela sus precarias condiciones de desarrollo.

El crecimiento de la población no sólo es diferenciado entre los departamentos sino al interno de los mismos. Desde la perspectiva demográfica, uno de los elementos que más contribuyen a esta estratificación es el porcentaje de población viviendo en el área rural. En la actualidad, la población que habita en áreas rurales es del orden del 50% y se espera su disminución pues según las proyecciones, para el año 2020 será cercana al 30%.

Tradicionalmente, se ha asociado la ruralidad con menor acceso a servicios, mayores riesgos para la salud y menores oportunidades para el bienestar; su tendencia a disminuir se ve como signo de progreso y desarrollo de las

comunidades. Sin embargo, esta disminución supone un incremento del urbanismo, lo que obliga a considerar las condiciones de habitabilidad que se espera tengan las personas que nacen o se movilizan hacia las áreas urbanas.

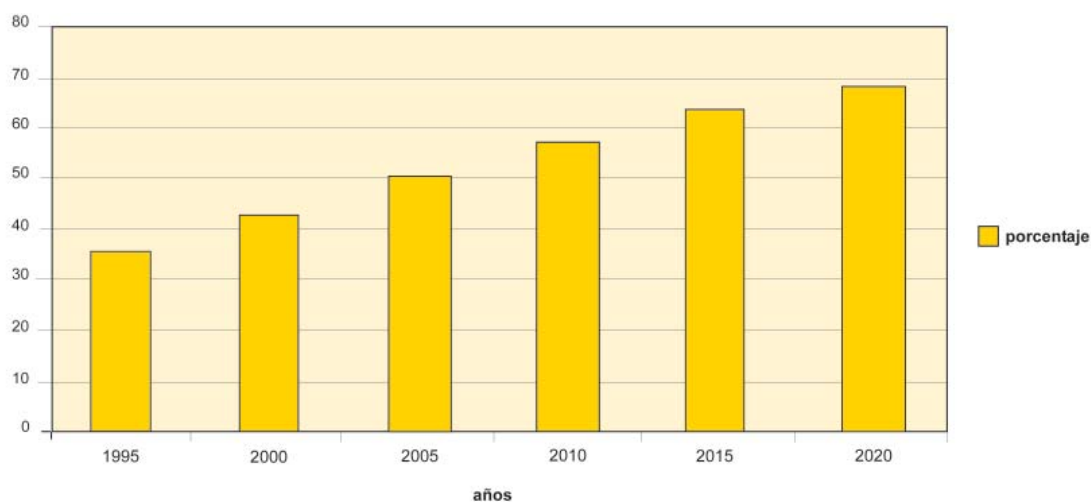
Una de las consideraciones que emergen con mayor fuerza, es la de las personas que habitan las áreas urbanas precarias. La definición de la variable “área urbano precaria” o “urbano precaria” aún no está estandarizada, lo que según un estudio, provoca estimaciones de población con grandes variaciones, que van desde medio millón hasta 1.5 millones de personas habitando los asentamientos precarios.<sup>7</sup>

Según el mismo estudio, la mayoría de la población viviendo en esas condiciones, provenía de migraciones intra metropolitanas, es decir que no venían de las áreas rurales sino eran personas nacidas dentro de la ciudad que, en la búsqueda de vivienda, habitaban estas áreas.

<sup>7</sup> Rodas (2005).

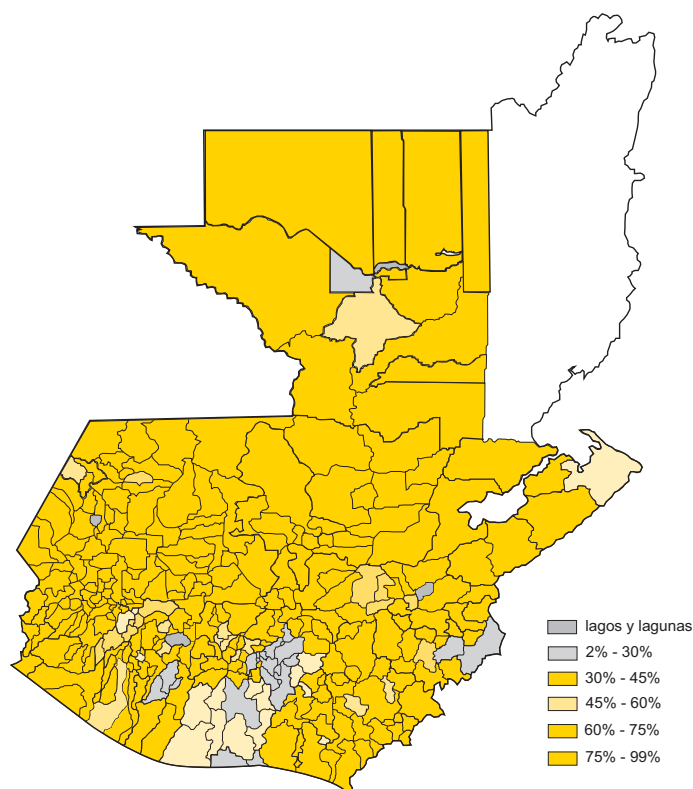


**Gráfica 5**  
Porcentaje de población, proyecciones por años



Fuente: Anuario Estadístico CELADE, 2006

**Gráfica 6**  
República de Guatemala  
Incidencia (%) de pobreza por municipio



También se muestra que el perfil socioeconómico de las personas habitando estas áreas es similar al de las áreas rurales, es decir: baja escolaridad, bajos ingresos, trabajo que

se inicia en edades tempranas y trabajos mal remunerados.

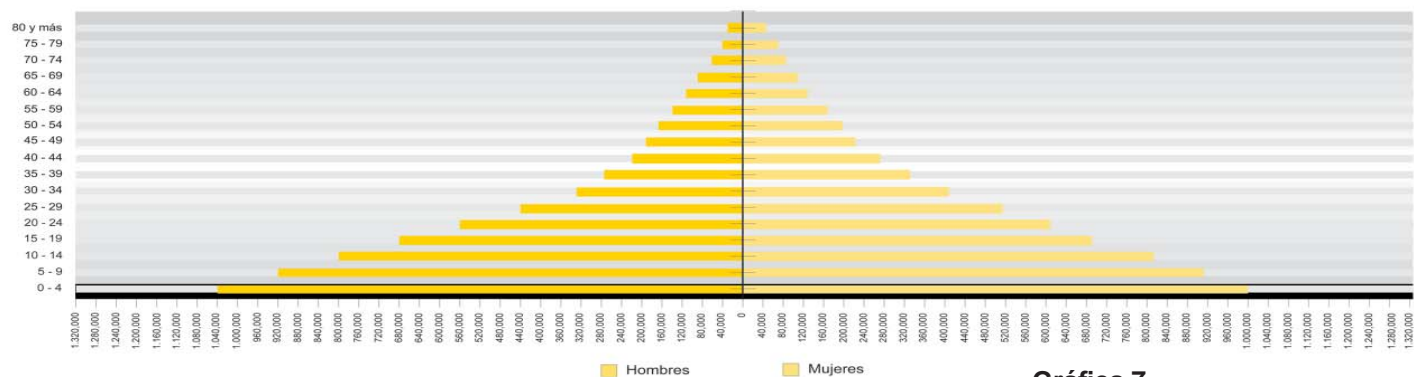
La diferencia entre las áreas urbanas precarias y las áreas rurales estriba en que en las primeras, el uso del territorio es –en la mayoría de los casos– al margen de la ley y el espacio disponible no sólo es de menores dimensiones, sino de mayor vulnerabilidad (por ubicarse en barrancos y laderas).

Las características de la estratificación socioeconómica mencionadas arriba, se ven reflejadas a nivel municipal. En la Gráfica No. 6, se exponen los datos de pobreza a nivel municipal. Estos datos muestran que hay municipios como Sta. Bárbara Huehuetenango, cuyo nivel de pobreza es 97.7% con niveles de pobreza extrema de 64%.; o Chisec, Alta Verapaz, con 93% y 52% respectivamente; contraponiéndose a municipios como Salcajá con 17% y 1% o Mixco con 9% y 0.5% de pobreza y pobreza extrema.

Además de las estratificaciones socioeconómicas por lugar de habitación, existe la que resulta de los cambios de la estructura poblacional por grupos de edad.

Como se observa en la Gráfica No. 7, la estructura por sexo y por edad ha desarrollado una

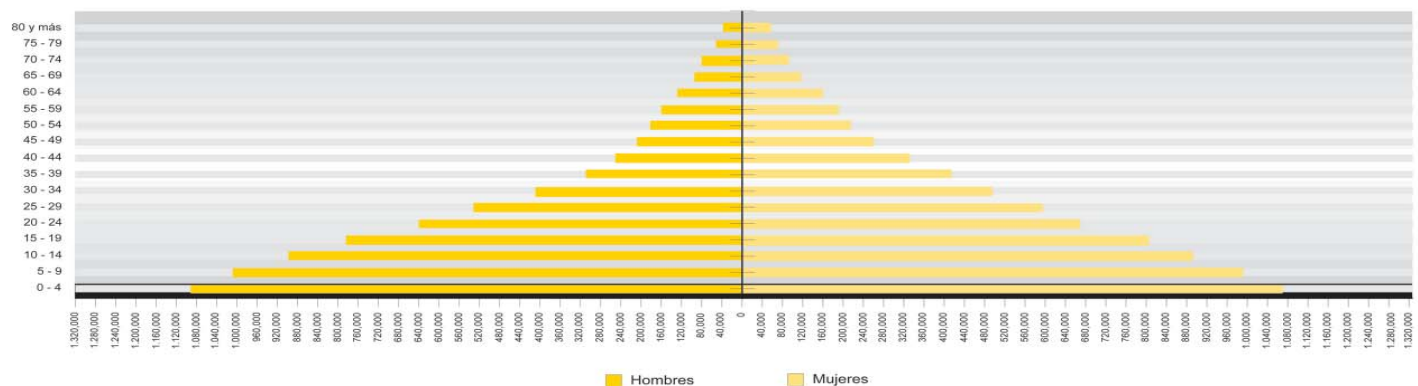




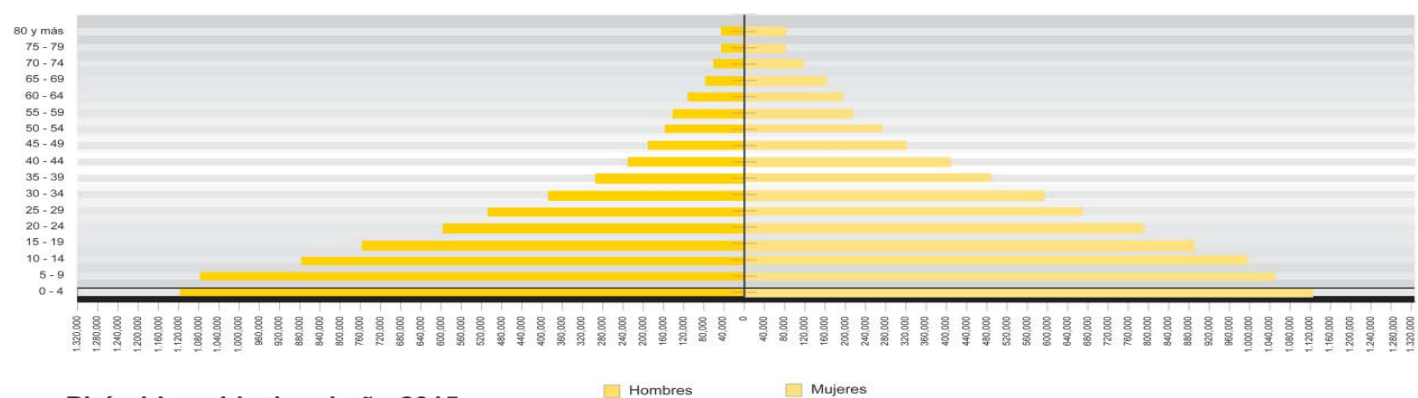
**Pirámide poblacional año 2005**

**Gráfica 7**

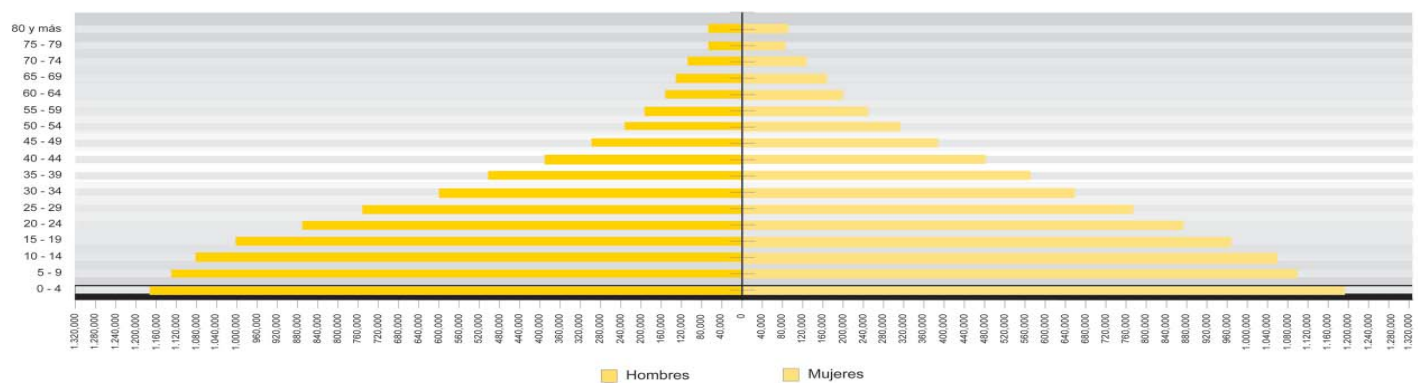
Pirámides poblacionales de 2005, 2010, 2015 y 2020



**Pirámide poblacional año 2010**



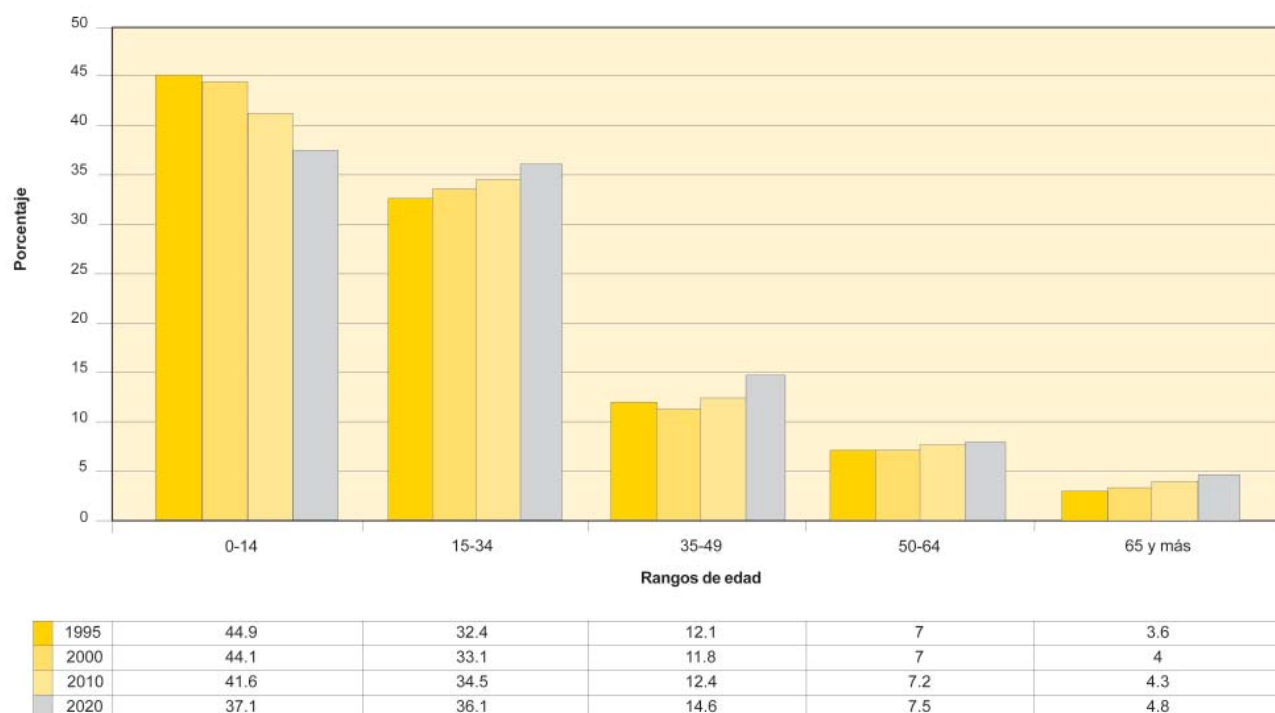
**Pirámide poblacional año 2015**



**Pirámide poblacional año 2020**

**Gráfica 8**

Estructura de la población por grupos de edad, en porcentaje de la población total por año



Fuente: Anuario Estadístico CELADE 2006

tendencia en el tiempo hacia el ensanchamiento del grupo de jóvenes y adultos y un aumento leve de la proporción de adultos mayores, pero conservando su base ancha; es decir que la población aún es predominantemente joven, con tendencia incipiente al envejecimiento poblacional.

Para lograr una mejor comprensión del comportamiento de la estructura poblacional por edad, en la Gráfica No. 8 se presenta una comparación sobre el comportamiento de cada grupo en el tiempo.

Como puede apreciarse en la Gráfica No. 8, el grupo de 0 a 14 años disminuirá mientras que el resto de grupos tiende a aumentar su proporción, especialmente los de 15 a 24 años. Este dato demográfico tiene mucha importancia pues es predecible, como se acotó anteriormente, que este incremento de jóvenes y adul-

tos mayores implique mayores demandas de fuentes de empleo, de oportunidades de formación y capacitación, de alternativas de recreación, de vivienda, seguridad, servicios curativos y preventivos de salud y ponga una fuerte presión a los sistemas previsionales del país. Si se considera que este crecimiento ocurrirá en los estratos más pobres y con menor desarrollo, el impacto se multiplica.

Un dato de suma utilidad para comprender los cambios de la estructura de edad en el tiempo es la edad mediana de la población.

En la Gráfica No. 9 se observa que la edad mediana para el año 2005 era de 18 años y se incrementará progresivamente hasta el 2020 cuando su valor será de 21 años; es decir que progresivamente dejamos de ser un país con mayoría de niños y adolescentes para





adentrarnos en un país de jóvenes, adultos y adultos mayores, con las consecuentes implicaciones que ya se señalaron antes en este mismo apartado.

### *La transición demográfica*

El término se refiere al proceso por el que la población va transformando y reconfigurando su estructura y dinámica a través del tiempo. Los elementos fundamentales de esta transición son los nacimientos, las muertes y las migraciones y se expresan en el crecimiento de la población, la esperanza de vida y las relaciones que se establecen entre los distintos grupos de edad.

De manera general, las poblaciones transitan desde una situación de alta mortalidad y natalidad, hacia otra con baja mortalidad y natalidad. Guatemala esta transitando en la fase II (moderada) de la transición demográfica, según la clasificación del Haupt y Kane 2001<sup>8</sup>;

<sup>8</sup> Clasificación en fases: Fase I, Incipiente: natalidad alta, mortalidad alta y crecimiento poco o nulo; Fase II, Moderada: natalidad alta, mortalidad en disminución y crecimiento alto; Fase III, Completa: natalidad en disminución, mortalidad relativamente baja con crecimiento lento; Fase IV, Avanzada: natalidad baja, mortalidad baja y crecimiento muy lento.

es decir, que aún tiene una natalidad alta, mortalidad en disminución y un crecimiento alto, aunque ya inició su descenso.

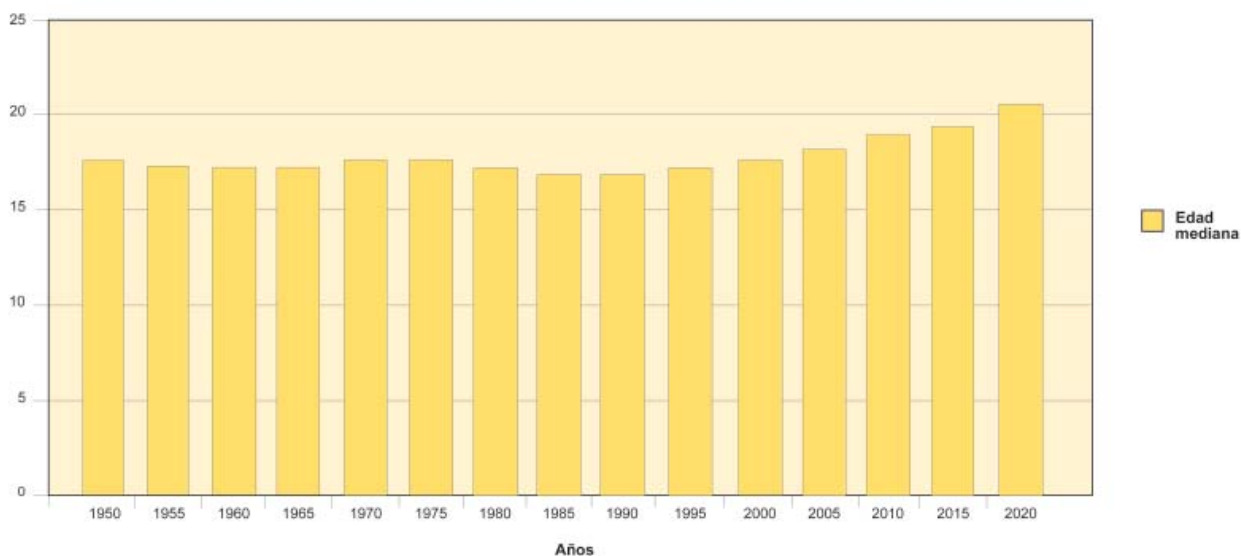
Como puede observarse en la Gráfica No. 10, el crecimiento natural de la población guatemalteca mantuvo una tendencia horizontal de 1950 hasta el año 2000, cuando inicia un leve descenso. Se espera que a partir del quinquenio 2010 hasta el 2050 se consolide y mantenga esta reducción. Este descenso obedece a la dinámica que se establece entre las muertes, los nacimientos y las migraciones y se examina a continuación.

### *Mortalidad*

La mortalidad muestra un comportamiento descendente, el cual se estabilizará a partir del presente quinquenio. La disminución muestra cambios de la tendencia en la composición según edad: en 1950, las defunciones en los menores de 4 años constituían el 85.39%, para 1990 disminuye a 60.68%, en 2000 a 49.79% y se espera que para 2020 constituya el 23.30% de las defunciones totales.

El descenso en esos períodos se atribuye a los efectos producidos por una sostenida

**Gráfica 9**  
Edad mediana de la población guatemalteca

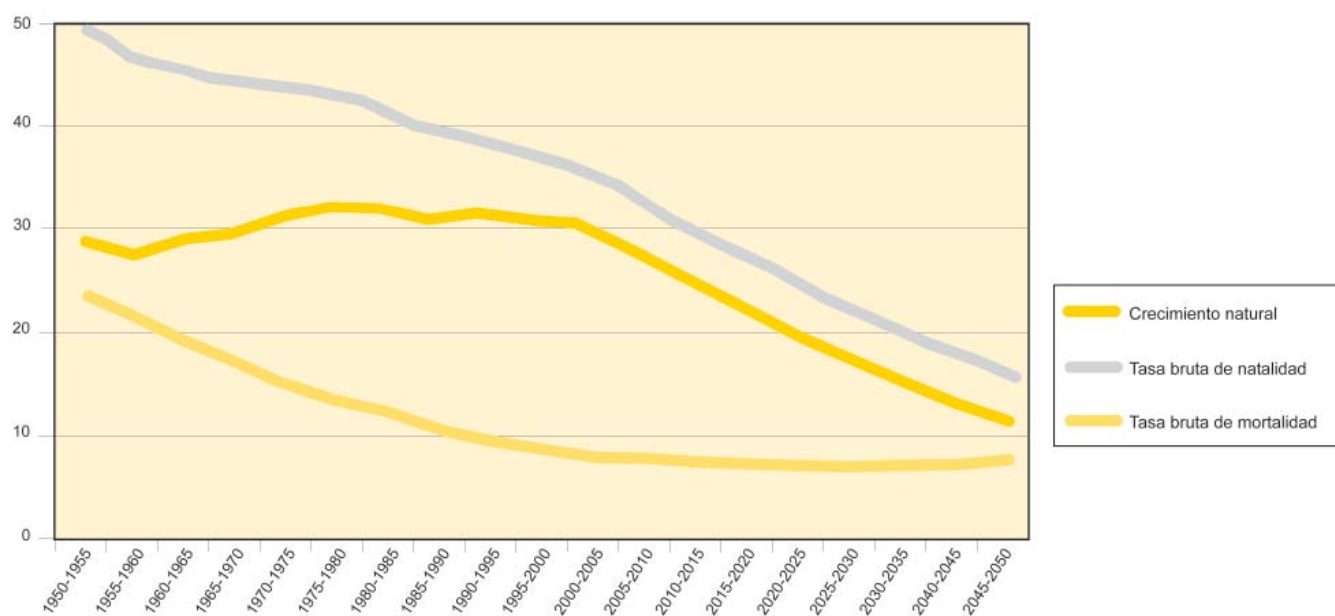


Fuente: Hidalgo (2007)



**Gráfica 10**

Tasas de natalidad, mortalidad y crecimiento natural de 1950 a 2050



Fuente: Proyecciones y Estimaciones de Población, basadas en el XI Censo de Población 2002

disminución de la mortalidad infantil. Todo lo contrario ocurre con la mortalidad en mayores de 5 años, donde en 1950 correspondía a 14.61%, para 2000 el 50.21%, y para 2020 será de 76.80% del total de defunciones.

En cuanto al descenso de la mortalidad en el territorio nacional, ésta ha tendido a ser en extremo heterogénea pues, como se muestra en la Gráfica No. 11, algunos departamentos como Totonicapán, Chimaltenango, Quiché, Izabal y Chiquimula mostraron reducciones de la mortalidad de alta a moderada y de moderada baja<sup>9</sup>, mientras otros departamentos como Escuintla, Santa Rosa y Retalhuleu no mostraron cambios en el período examinado.

Las muertes ocurridas en el territorio nacional aún necesitan ser examinadas en cuanto a su comportamiento por sexo, causa y grupo de

edad. Esto se hace con detalle en el apartado sobre perfil epidemiológico, más adelante en este documento.

### Natalidad

Las tasas brutas de natalidad miden en forma bastante general la dinámica de los nacimientos ocurridos en el territorio. La tasa bruta de natalidad ha mostrado un descenso sostenido desde 50.28 por mil habitantes en 1950, a 44.69 en 1970; 42.24 en 1980; 38.90 en 1990 hasta 33.28 en la actualidad. A pesar de estas reducciones, aún es la más alta de América Latina. (Ver Cuadro 1).

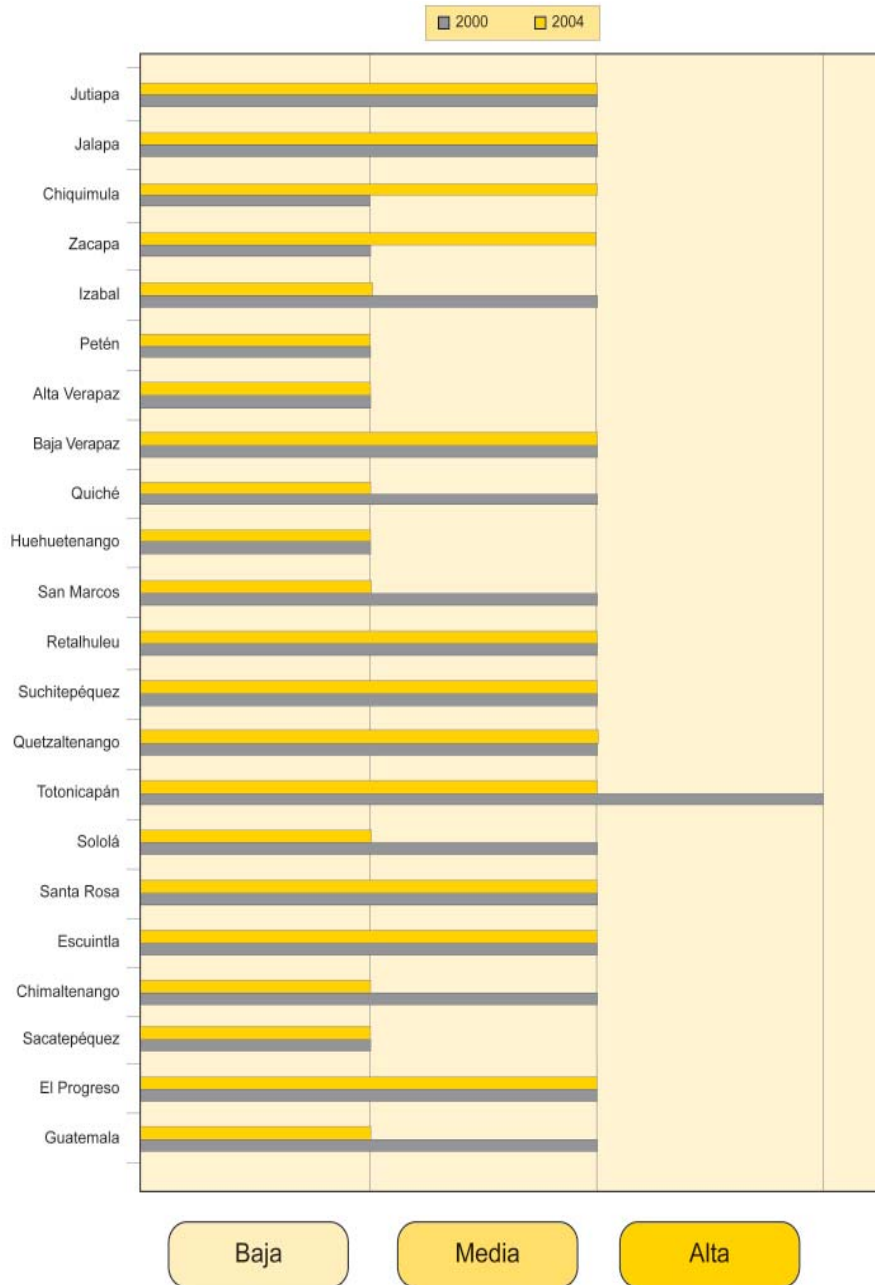
Los nacimientos no ocurren de manera homogénea en el territorio nacional; en los municipios del Norte, Noroccidente y Suroriente del país, el descenso registrado en el agregado nacional, es aún muy lento y permanecen categorizados como departamentos de natalidad alta, aunque su descenso es sostenido. A pesar de la situación presentada, de acuerdo a la tasa de nacimientos, durante

<sup>9</sup> Los rangos utilizados para categorizar las tasas de natalidad son los siguientes: Baja: de 4.06 a 5.49 en el 2000 y de 3.79 a 4.79 en el 2004; Media: de 5.49 a 6.41 en el 2000, y 4.79 a 5.80 en el 2004; Alta: de 6.91 a 8.34 en el 2000, y 5.80 a 6.81 en el 2004.



**Gráfica 11**

Descenso de la mortalidad por departamento, en el período 2000 - 2004



el período del año 2000 al 2005 se tuvieron en promedio 393.483 nacimientos por año, lo que significa que diariamente nacen en el territorio nacional un promedio de 1.100 niños(as).

Los nacimientos son una variable demográfica compleja que resulta de múltiples elementos que deben ser examinados. Uno de estos elementos es el número de hijos que

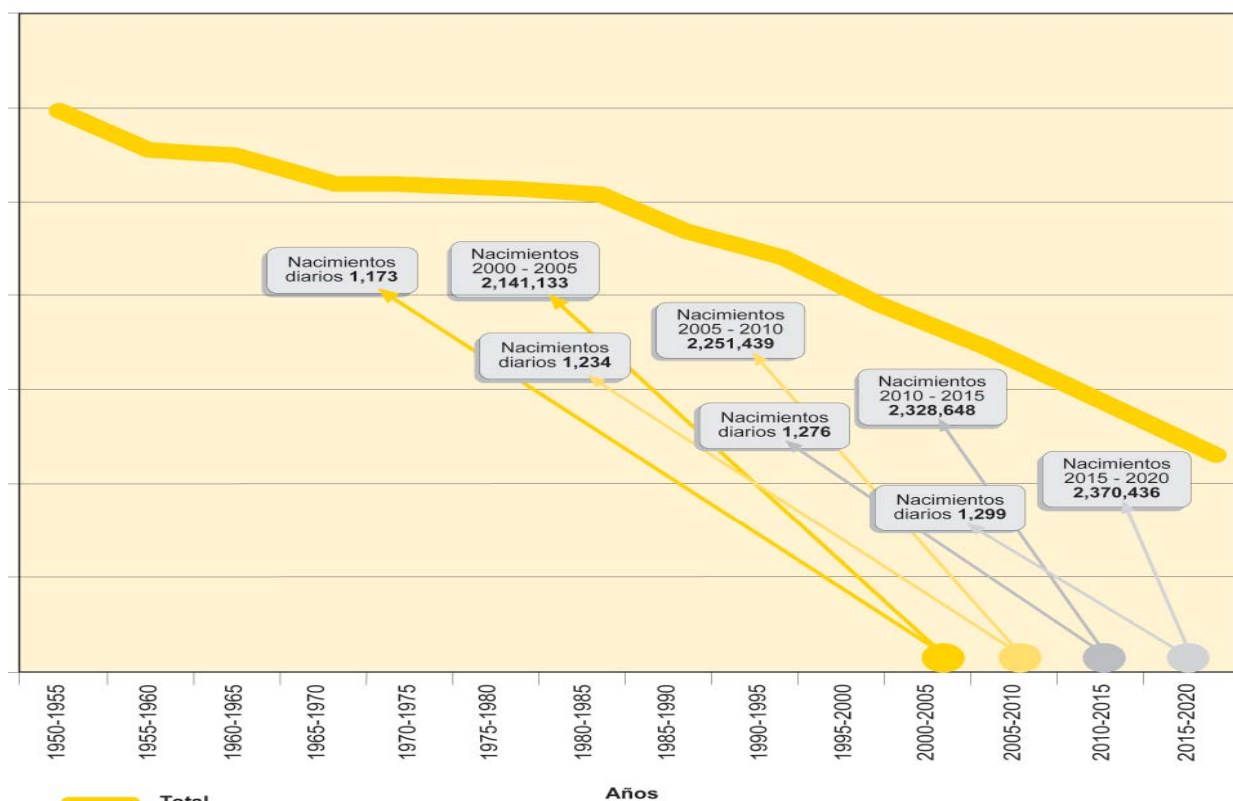
se espera tendrán las mujeres durante toda su vida reproductiva. Esta información se expresa mediante la tasa global de fecundidad (TGF).<sup>10</sup>

<sup>10</sup> Combina las tasas de fecundidad de todos los grupos de edad durante un período determinado y expresa el promedio de hijos nacidos vivos que tendrían las mujeres al final de su vida reproductiva si las tasas específicas de fecundidad actuales se mantuvieran constantes.





**Gráfica 12**  
Tasa global de fecundidad



\* Proyecciones y estimaciones de población, basadas en el XI Censo de Población 2002.  
\*\* Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil

Fuente: Hidalgo 2007, con datos de la ENSMI 2002

**Cuadro 1**

Natalidad de países seleccionados de América Latina

País	Tasa de Natalidad 2005-2010
América Latina	20.4
Belice	24.7
Bolivia	27.7
Costa Rica	17.8
El Salvador	22.7
Guatemala	33.3
Haití	28.8
Honduras	26.6
México	20.1
Nicaragua	27.2
Perú	21.3

Fuente: Elaboración propia, con datos del anuario estadístico para América Latina y el Caribe 2006, CEPAL.

Según datos de las ENSMI, la TGF se ha modificado con el tiempo.

Como se muestra en la Gráfica No. 12, de 1987 a 2002 la fecundidad ha tenido un descenso lento, pero sostenido, de 1.2 hijos por mujer (21 %). La disminución en el área urbana es de 0.7 hijos por mujer (17 %), comparado con el descenso de 1.3 hijos por mujer (20 %), en el área rural.

Según el grupo étnico, la reducción en las mujeres del grupo indígena fue de 0.7 hijos, comparado con la reducción de 1.3 hijos en el grupo ladino.

Los resultados indican con claridad que a mayor nivel de educación menor es la fecundidad; cada nivel de educación alcanzado reduce la fecundidad en alrededor 2 hijos. De acuerdo con el grupo étnico, la fecundidad también es más alta en las mujeres del grupo indígena, que es de 2 hijos por arriba del promedio nacional.



El hecho que son los segmentos marginados de la población quienes más hijos procrean, revela que las oportunidades para la educación, el empleo o los ingresos inciden profundamente en el número de hijos que tienen las mujeres; aunque falta aclarar mediante qué mecanismos estas vinculaciones se dan.

De acuerdo con los datos de la ENSMI 2002, casi la mitad de todas las mujeres tienen como ideal dos o tres hijo/as. En general, 15 % de todas las mujeres y 21 % de las mujeres unidas, habrían preferido tener menos hijo/as, proporción que sube a 67 % en el grupo de mujeres con 6 ó más hijo/as. Asimismo, en cada intervalo de edad se encontró que a medida que asciende el nivel de la educación, disminuye el número ideal de hijo/as. En promedio, las mujeres sin educación tienen un ideal de 4.4 hijo/as, casi dos más que las mujeres con más educación.

Según se lee en la Gráfica No. 13 la mayor fecundidad pasa por la ocurrencia de nacimientos no deseados y estos son más frecuentes cuando no existe escolaridad. Esta falta de escolaridad

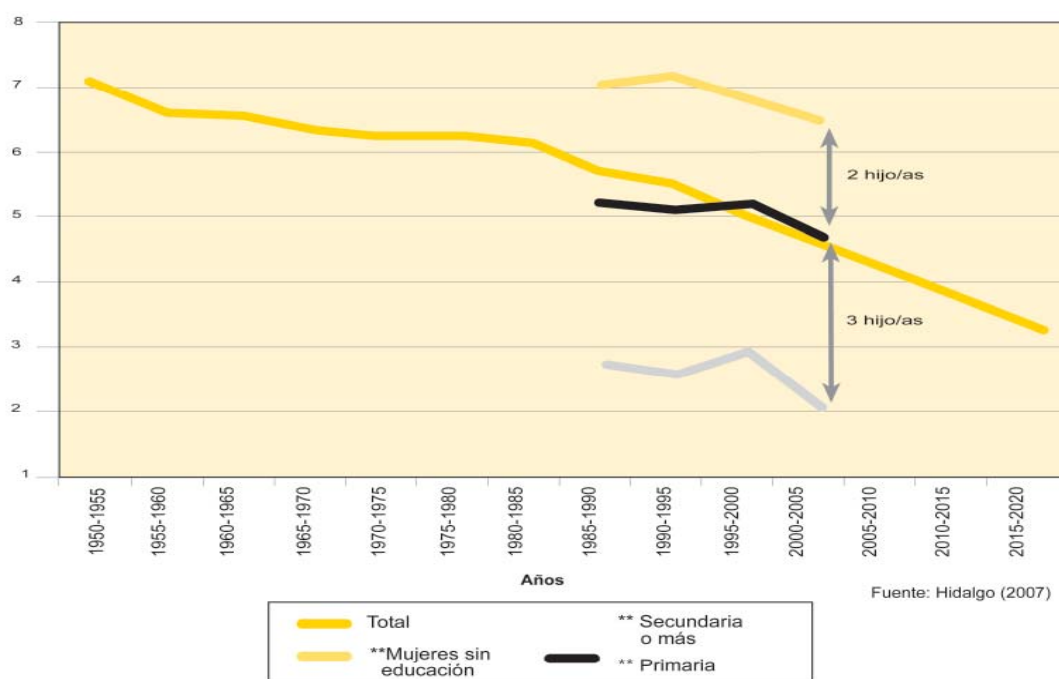
puede actuar mediante el mecanismo de “falta de conocimientos” sobre las consecuencias de embarazos con períodos inter genésicos cortos, sobre el uso de métodos contraceptivos, etc. Sin embargo, aún es necesario profundizar en las razones y determinantes de estos embarazos no deseados, más allá de lo que pueden dar los datos demográficos, pues un gran número de mujeres tiene una mayor cantidad de hijos porque así lo desea, aún con altos grados de escolaridad.

### Índice de dependencia

De la dinámica proveniente de las variaciones en las muertes y en los nacimientos, resulta una estructura de edad que ya fue abordada en el aparatado anterior; sin embargo, lo más importante es examinar las relaciones que resultan de esta estructura. El mejor indicador para este aspecto es el índice de dependencia demográfico.<sup>11</sup>

<sup>11</sup> La relación entre el número teórico de dependientes, es decir los niños de 0 a 14 años y personas mayores de 65 años, y el número teórico de personas en la fuerza laboral (las personas comprendidas entre 15 y 64 años de edad).

**Gráfica 13**  
Número de hijo/as por mujer según nivel de educación

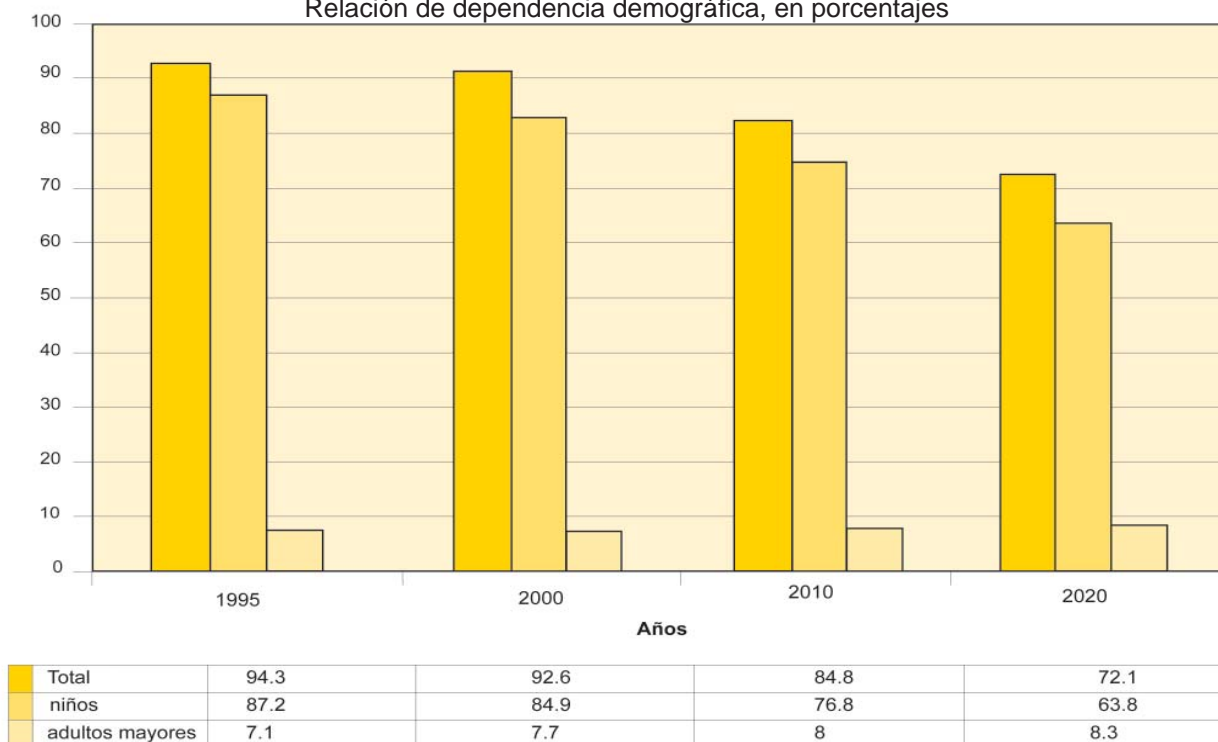


\* Proyecciones y estimaciones de población, basadas en el XI Censo de Población 202.  
 \*\* Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil.



**Gráfica 14**

Relación de dependencia demográfica, en porcentajes



Fuente: Construcción propia con datos del anuario estadístico CELADE (2006)

Para Guatemala, el índice de dependencia demográfica se muestra como uno de los más altos en América Latina y, en grandes agregados, no exhibe tendencia alguna que, de aquí a 2020, se produzcan cambios drásticos en este indicador. En 2005, de cada diez personas que están en edad de trabajar, o se espera que trabajen (15 a 64 años), existen 9 que dependen de ellas para su sobrevivencia (de 0 a 14 años y mayores de 65 años). Para el año 2020 es probable que este índice disminuya a 8 personas dependientes. Este indicador muestra que a mayor nivel de dependencia, mayor debe ser el esfuerzo de un país para satisfacer los gastos en educación, salud, pensiones y jubilaciones. A pesar que en grandes agregados este indicador no augura grandes cambios, si se desagrega en sus componentes –infantil y de adultos mayores– la percepción de estabilidad se desvanece.

En la Gráfica No. 14, se observa que si bien el índice de dependencia global no varía mucho, cuando se desagrega por infantil y de adulto mayor se evidencia que esto es resultado

de la anulación mutua de los datos; es decir que mientras el infantil decrece, el de adultos mayores aumenta. Este dato es muy relevante a la luz de las predecibles tensiones intergeneracionales, que tendrán su expresión en las demandas de servicios, sistemas previsionales, arreglos familiares y demás situaciones derivadas de una creciente población de adultos mayores, en un contexto donde la población que será la responsable de atender sus problemas es mayoritariamente joven, con poca escolaridad, creciente desempleo y migrando hacia fuera del país

### Migraciones

Otra variable que incide en la conformación de los distintos perfiles demográficos en el país son las migraciones, tanto internas como internacionales. La migración interna es uno de los componentes del cambio demográfico más difícil de medir. Estas dificultades provienen de las limitaciones en los registros continuos, la carencia de investigaciones, a lo que se agrega las



## Cuadro 2

Departamentos en los que más predomina la emigración o inmigración, según pobreza, ruralidad, % de población indígena, e IDH

Departamento	Predominio emigración	Predominio inmigración	% Pob. Indígena	% Pob. Rural	% Pobreza	% Pobreza extrema	IDH
Chimaltenango	X		79.1	51	59.4	13	0.618
Totonicapán	X		98.3	64.2	73.7	22.6	0.540
Quetzaltenango	X		54.1	44.8	50.8	11.2	0.655
San Marcos	X		31.3	78.2	73.1	25	0.583
Huehuetenango	X		65.1	77.3	78.3	30.3	0.560
Alta Verapaz	X		92.8	79	84.1	41.2	0.514
Baja Verapaz	X		58.8	72.7	73.2	23.5	0.576
Jutiapa	X		3.4	72.8	66.2	24.0	0.513
Chiquimula	X		16.7	74	56.5	13.3	0.564
Santa Rosa	X		2.8	65.1	63.2	19.2	0.601
Escuintla		X	7.5	52.3	47.6	7.8	0.605
Petén		X	30.9	69.9	62.6	13	0.619
Izabal		X	23.3	71.2	47.9	8.2	0.611
Guatemala		X	13.5	14	14.2	1.6	0.795

Fuente: construcción propia con datos de: Hidalgo (2007) y el Informe Nacional de Desarrollo Humano (2005)

diferentes connotaciones que tiene el concepto de migración. En Guatemala la información disponible para esta variable demográfica, se logra únicamente a través de los censos de población, de donde se obtienen las estimaciones del volumen de saldos migratorios por departamento (el balance entre la inmigración y la emigración) y la dirección del movimiento entre censos.

El saldo migratorio es una medición muy general, que no permite profundizar en la dinámica de dicho movimiento, sólo se logra obtener una distribución de la totalidad de personas que se desplazaron de un

departamento a otro. Una manera de abordar la migración interna es separando los departamentos que más “expulsan” a su población y los que más reciben migrantes.

En el Cuadro No. 2 se puede observar que no existe una clara diferencia entre los departamentos que más expulsan y que más atraen migrantes, en cuanto a su ruralidad, porcentaje de población indígena y pobreza. Sin embargo, con la excepción de Quetzaltenango y Chimaltenango, la mayoría de los departamentos que más generan emigración interna, son los que tienen mayores niveles de pobreza extrema, lo cual se corresponde con los niveles





del IDH, lográndose ver una clara diferencia en este indicador entre uno y otro grupo de departamentos.

Con estos datos se infiere que no es la condición de indígena o rural la que obliga a las personas a migrar hacia otros departamentos sino la pobreza extrema y la falta de oportunidades; es decir que las migraciones están vinculadas a las estrategias de sobrevivencia de las personas y que este fenómeno se seguirá dando vinculado a las tendencias que exhiban la oferta y oportunidades de empleo y la oferta

**Cuadro 3**

Departamentos en los que más predomina la emigración o inmigración, según pobreza, ruralidad, % de población indígena, e IDH

Departamento	Migración de toda la vida	Migración reciente
País	20.3	23.6
Totonicapán	2	18.8
Sololá	4.5	19.2
Alta Verapaz	15.7	24.5
Quiché	6.7	30.1
Chimaltenango	12.9	22.6
Huehuetenango	6.8	24.3
Baja Verapaz	9.7	21.9
Quetzaltenango	12.2	20.7
Suchitepéquez	20.9	22.9
Sacatepéquez	30.6	22.5
San Marcos	8.3	21.7
Petén	42.2	29.8
Izabal	26.8	22
Retalhuleu	17.2	21.7
Jalapa	8.5	21.5
Chiquimula	9.9	21.1
Guatemala	40.9	25.2
Escuintla	26.7	22.9
Jutiapa	10.4	23.3
Santa Rosa	16.7	20.8
El Progreso	18.5	20.4
Zacapa	15.5	20.9

de servicios de educación, salud y vivienda, entre otros.

El fenómeno migratorio interno también puede ser evaluado de acuerdo a la temporalidad del mismo. En el Cuadro No. 3 se puede observar como la mayoría de los departamentos, con excepción de Escuintla, Guatemala, Petén y Sacatepéquez, tienen población que migró hacia allí en una proporción de uno de cada cuatro o cinco habitantes en los 5 años previos al censo. Esto indica que, si bien hay departamentos con saldos positivos y negativos de movimientos migratorios, éste es un fenómeno común a todos los departamentos del país y la población está en constante renovación y cambio.

Lo anterior también refleja que las dinámicas poblacionales, con sus consecuentes dinámicas culturales, no responden a los espacios definidos por la división política de la República e incluso se están generando constantemente nuevos contextos poblacionales a nivel municipal. Estas constantes migraciones llevan consigo una serie de cambios y modificaciones sociales y culturales que finalmente inciden en las prácticas de salud individual y familiar, así como en el comportamiento colectivo. En cuanto al fenómeno migratorio internacional, los datos indican que más de un millón de guatemaltecos y guatemaltecas viven en el extranjero y que el 96% de estos vive en Estados Unidos. (Gráfica No. 15)

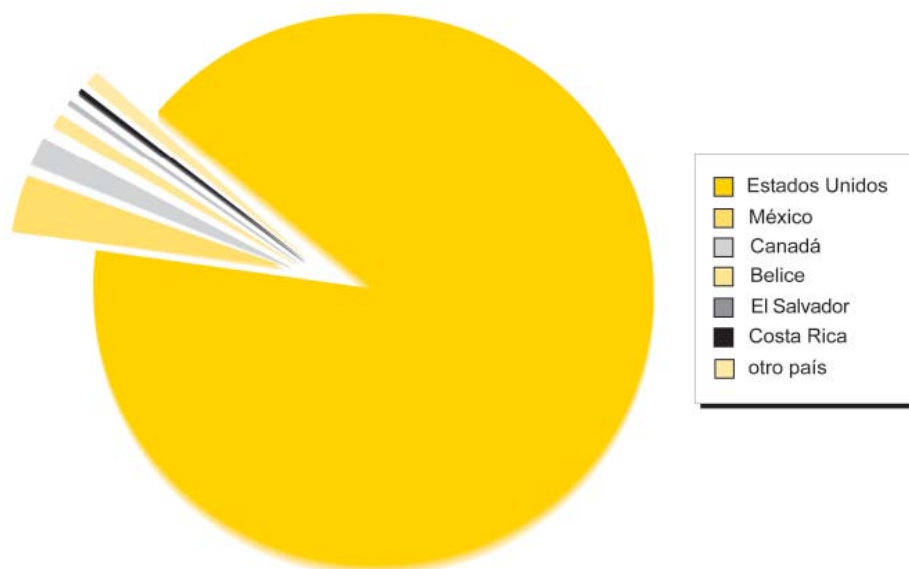
Las variables demográficas, tales como la edad, el sexo, la etnia y el lugar donde se habita, están asociadas a desigualdades sistemáticas en las oportunidades para el desarrollo personal, familiar y comunitario. Esta situación de inequidad, de acuerdo a las tendencias observadas en las variables demográficas, podría profundizarse si no se consideran los cambios que se están operando en el perfil de la población guatemalteca y si dicha consideración no se traduce en acciones concretas en el campo de la salud y el desarrollo.

Fuente: Informe Nacional de Desarrollo Humano (2005), anexo estadístico, elaborado con datos de Censos Nacionales XI de población y VI de habitación (2002)



**Gráfica 15**

Porcentaje de población residente en el extranjero, según país de residencia



Fuente: Informe Nacional de Desarrollo Humano (2005) con datos de la Encuesta sobre remesas familiares (2005) y microempresas, OIM

Los contingentes de adolescente y jóvenes que demandarán empleo y servicios en los próximos 10 años ya nacieron; las madres que procrearán niños de manera temprana ya están entre nosotros; los adultos mayores que ejercerán presión sobre los servicios y que demandarán nuevas maneras de sistemas previsionales ya existen.

### Los desafíos epidemiológicos: ¿de qué están enfermando y muriendo los guatemaltecos y guatemaltecas?

La estratificación social, económica y demográfica, incide de manera particular en la configuración de los perfiles epidemiológicos de cada país o región. Esta estratificación, con sus componentes sociales, económicos, políticos, culturales y demográficos, actúa mediante la exposición diferenciada a los riesgos, las vulnerabilidades diferenciadas a las enfermedades y las consecuencias, también diferenciadas de éstas, en la población.

Al examinar el perfil epidemiológico -y de manera particular la morbilidad- también se examina indirectamente la situación de las condiciones de vida de la población y la equidad existente en el país. Por otro lado, estudiar la mortalidad examina indirectamente también la situación de los servicios de salud y su capacidad para enfrentar la tarea de la recuperación de la salud.

Lograr aproximarse al perfil de enfermedad, muerte y riesgo de Guatemala requirió la utilización de datos del MSPAS y el IGSS, en el caso de la morbilidad, y datos del INE para la mortalidad. Si bien estos datos tienen dificultades en su precisión, calidad y consistencia, son los únicos disponibles y de cualquier manera permiten observar tendencias y grandes cambios de la situación.<sup>12</sup>

<sup>12</sup> Situación y dinámica epidemiológica en Guatemala; Virginia Moscoso, PNUD-idrc (2007).





## La morbilidad

Los datos obtenidos de los registros de los servicios del MSPAS si bien no representan la morbilidad del país, pueden ser tomados como datos representativos de las personas que acuden a estos servicios. Antes de pasar a la presentación de los datos, es importante enfatizar dos situaciones: por un lado, la información de la morbilidad de los servicios públicos de salud proviene de los registros, que en un 88% son completados por auxiliares de enfermería o personal de baja calificación técnica que labora en los puestos de salud y centros de convergencia<sup>13</sup>; por lo tanto los diagnósticos se enmarcan dentro de los límites de lo que este personal conoce y le es requerido en las formas de registro. Por otro lado, es conocido el hecho que una mínima parte de la morbilidad es captada por los servicios, pues en su mayoría los problemas se resuelven por fuera de estos, ya sea en el nivel doméstico o comunitario.

### *Principales causas de morbilidad:*

En la Gráfica No. 16 se puede observar la proporción de las distintas causas de enfermedad y su comportamiento en el período comprendido entre 1997 y 2006. Lo más notorio es que entre el 40 y el 45% de los casos corresponden a problemas infecciosos y carenciales, cuya tendencia es a disminuir su proporción; y como problemas no infecciosos, la enfermedad péptica, la artritis y los traumatismos son los problemas dominantes.

Entre las causas infecciosas, la enfermedad diarreica y las infecciones respiratorias agudas son las de mayor magnitud. El riesgo de enfermar de diarrea es de alrededor los 300 casos por cada diez mil habitantes lo que augura para los próximos años un número importante y sostenido de casos; esto tiene sentido si se considera que la enfermedad diarreica tiene una profunda relación con el saneamiento básico y no se debe esperar una

<sup>13</sup> Ídem

mejoría si, a la par de los esfuerzos por “curar” el problema, no se han realizado acciones que mejoren las condiciones de vida. Uno de los factores profundamente relacionados con la enfermedad diarreica es la disponibilidad y calidad de agua y, en ese sentido, el país aún tiene importantes retos, pues la cobertura de agua entubada domiciliar para Guatemala es de 69%, con amplias variaciones entre el área urbana (88%) y la rural (54%). Mientras que en lo correspondiente al saneamiento básico la cobertura es de 72% en el área urbana y 52% en el área rural.<sup>14</sup>

En muchas comunidades, aun contando con un servicio de abastecimiento, la calidad y cantidad de agua no son adecuadas. Las 331 municipalidades se abastecen en un 70% de aguas superficiales; solamente el 4% de ella aplica algún tratamiento a las aguas residuales, en el resto, ellas son vertidas en los cuerpos de agua, principalmente los ríos. Ante esta potencial y grave contaminación del agua, se estima que menos del 40% de ésta recibe desinfección en las áreas urbanas y menos del 15% en el área rural<sup>15</sup>.

Ante el hecho que la enfermedad diarreica sea la principal causa de morbilidad en el país, las autoridades de salud desarrollan acciones en las que se enfatiza el tratamiento de las complicaciones; por ejemplo, instruir y proveer sales de rehidratación oral, lo que logra evitar las muertes por deshidratación, pero deja intactas las causas relacionadas a la producción de la enfermedad y no contribuye a reducir el problema.

Las infecciones respiratorias agudas (IRAS)<sup>16</sup> y las neumonías comparten con la diarrea el primer lugar como primeras causas de

<sup>14</sup> La Salud en las Américas (2002) citado en MSPAS-OPS (2003).

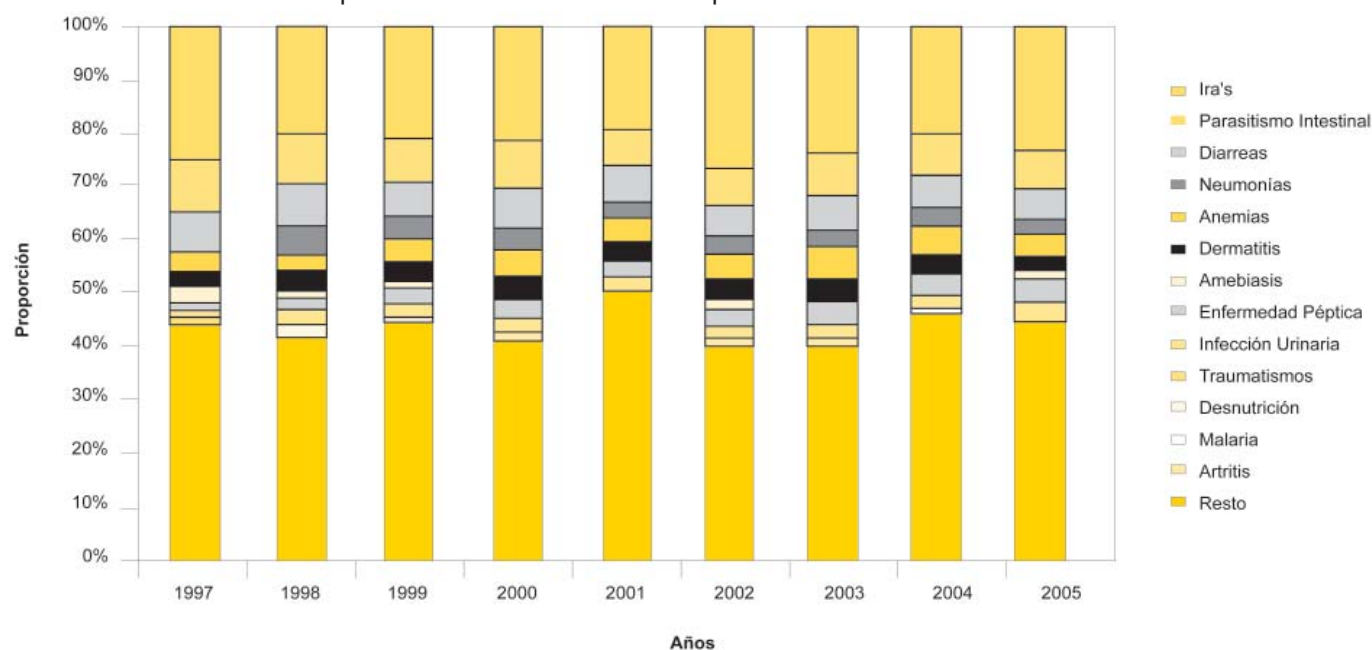
<sup>15</sup> MSPAS-OPS (2003).

<sup>16</sup> Bajo este término se agrupan una serie de diagnósticos, tales como: catarro común, faringoamigdalitis, gripe, otitis, entre otras.



**Gráfica 16**

Principales causas de morbilidad. República de Guatemala 1997-2006



Fuente: Moscoso (2007)

enfermedad; del año 1998 al 2000 hubo un ligero incremento de casos de neumonías y un comportamiento al ascenso y descenso en los casos de IRAS, los cuales se explican por cambios efectuados en la definición de los casos, incrementándose los registros.

Si bien existe cierta tendencia a la disminución de casos de enfermedades respiratorias, por su proporción actual, seguirá siendo un problema prevalente e importante durante los próximos años. Estos padecimientos generalmente tienen baja letalidad en jóvenes y adultos; sin embargo, son una causa importante de muerte entre los adultos mayores y niños desnutridos como se verá más adelante en el apartado sobre mortalidad. Los problemas respiratorios, por producirse mediante transmisión aérea de persona a persona, aumentan su transmisión mediante la exposición a conglomerados de personas como la escuela, los ambientes de trabajo y además, por el hacinamiento a nivel doméstico. Estos elementos deben ser considerados de manera diferenciada para el emprendimiento de acciones.

Dentro de los problemas transmisibles es notorio que, de acuerdo a los registros oficiales (MSPAS), existe una disminución de los casos de enfermedades evitables por vacuna desde 1990, cuando fueron implementadas acciones de vacunación de forma sostenida. Como antecedente puede citarse la epidemia nacional de sarampión sucedida en los años de 1989 y 1990 – con una letalidad de 50%– y brotes epidémicos importantes por tos ferina en el año 1998. Desde el año 1999 no se han notificado casos de sarampión y el último caso de difteria se reportó en el año 1997. La erradicación de la poliomielitis fue certificada en el año 1993.<sup>17</sup>

Entre las primeras causas de morbilidad también destaca la malaria que, aún cuando no es un problema de salud que proporcionalmente sea muy notorio en los registros, el impacto que puede llegar a tener en cuanto a amenaza a la vida o en el bienestar y la economía familiar es muy importante, ya que produce períodos repetitivos de sinto-

<sup>17</sup> Memorias de Vigilancia Epidemiológica 1998 -2003 y PNI de Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.



matología severa, que inhabilita para el trabajo y progresivamente debilita a las personas, aumentando su vulnerabilidad ante otros problemas, mermando de manera significativa la productividad.

La malaria es considerada enfermedad endémica en 267 municipios del país (79%), con un poco más de 8.5 millones (66%) de habitantes expuestos a transmisión. Los casos en menores de cinco años representan en promedio el 13 % del total reportado. Los escolares el 31%, el joven y adulto el 46 % y el adulto mayor 10%. La mayoría de los casos son producidos por *plamodium vivax*, mientras que en promedio, el 1 % de los casos son causados por *P. falciparum* – con alto grado de letalidad– principalmente en los departamentos de Alta Verapaz (1.8 a 5%) y Petén (2%).

El número de casos de malaria durante el período de 1988 al año 2006, ha sido muy variable, aunque mantiene una tendencia ascendente. La variabilidad se ha debido a cambios en la definición de casos y en los distintos esfuerzos y énfasis que se han hecho por erradicar el problema. El hecho que la tendencia sea a aumentar necesita que se aclare si hay mayor resistencia del zancudo vector hacia los insecticidas, si existe una mayor resistencia del *plasmodium* a los medicamentos, si han habido menores esfuerzos para su erradicación o una combinación de todos estos elementos; circunstancias que habrá que considerar en el diseño de las intervenciones.

### **Enfermedades emergentes y reemergentes**

Se consideran enfermedades emergentes aquellas de aparición reciente y que afectan grandes segmentos de la población; el caso paradigmático para Guatemala es la epidemia de VIH/SIDA. Se consideran enfermedades reemergentes aquellas cuyo control en cuanto a su incidencia y prevalencia se había logrado y sin embargo, surgen nuevamente bajo las condiciones actuales que favorecen su rea-

parición o recrudecimiento; entre éstas es importante por su magnitud y trascendencia, la tuberculosis.

En el caso de VIH/SIDA, se considera aún una epidemia concentrada en algunos departamentos del país, pero dadas las condiciones de migración interna, existe la posibilidad de que se extienda a otros departamentos. La tasa nacional acumulada (1984-2004) es de 58.42 por 100.000 habitantes. Algunos estudios de prevalencia revelan tasas mayores de 1% en grupos de mujeres embarazadas de riesgo y en grupos de alto riesgo mayor de 5% (hombres que tienen sexo con hombres y trabajadoras del sexo). Los grupos de edad de 20-39 representan el 66% de los casos, los hombres representan el 70% de casos notificados de SIDA, con una razón de masculinidad en promedio de 2.40 durante el citado período. En 1987 era de 7 y en 2004 bajó a 1.83, lo que significa que existe una tendencia al aumento de la infección en mujeres. El rango de tasas de prevalencia por departamento va de 7 en Alta Verapaz hasta 129 por 100.000 habitantes en Izabal. Seis departamentos reportan el 67% de los casos, de los cuales el departamento de Guatemala tiene el 41%. En los últimos 5 años se observa un promedio de 873 casos anuales (casi 2½ casos por día).<sup>18</sup>

Respecto a la tuberculosis, en el año 2005 se registraron en el Programa de Tuberculosis del MSPAS un total de 3.313 casos nuevos y reincidentes, con una tasa de prevalencia de 27 x 100.000 habitantes con un estimado de 35% de detección, de acuerdo a la OMS.<sup>19</sup>

Los casos de tuberculosis pulmonar confirmada por baciloscopía, se registran principalmente en el grupo de población de 15 a 44 años de edad. La prevalencia de VIH+ en pacientes TB

<sup>18</sup> V. Moscoso (2007).

<sup>19</sup> World Health Organization. Global TB Control. Surveillance, Planning, Financing (2006). WHO/HTM/TB/2006.362



fue de 14.4% en un estudio no representativo poblacional de pacientes con TB en el 2003. La infección VIH se ha convertido en un importante factor de riesgo para desarrollar tuberculosis. Los pacientes identificados anualmente con tuberculosis en el país suman aproximadamente 4.000, de los cuales cerca de 120 (según encuesta de resistencia y datos de hospitales especializados), tienen algún grado de resistencia antimicrobiana. Las personas coinfectadas por VIH/TB al año se estiman en 600; y el número de casos de TB en pacientes con VIH/SIDA es aproximadamente de 2.250, (30%).<sup>20</sup>

### Enfermedades no transmisibles

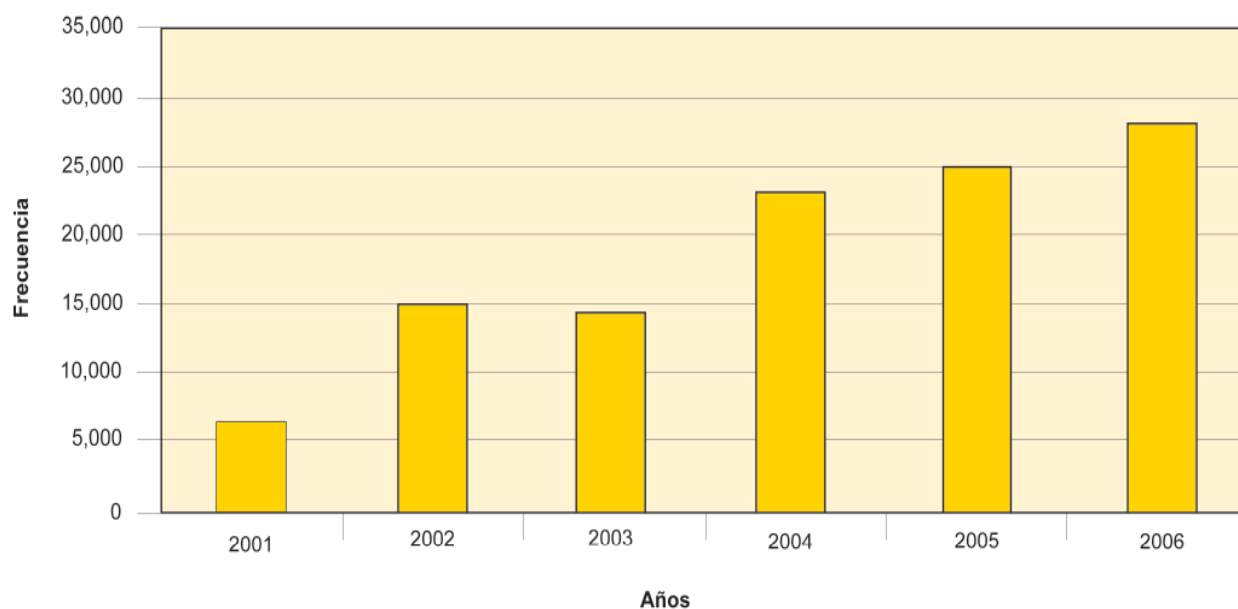
Dentro de los problemas no transmisibles el más notorio y relevante es la diabetes mellitus, no sólo porque está directamente relacionada con la ocurrencia de obesidad, hipertensión arterial y problemas coronarios, sino porque su magnitud esta creciendo de manera acelerada; así lo demuestra su tasa de prevalencia, la cual se ha quintuplicado en los últimos 5 años.

Las causas de este dramático incremento pueden buscarse en una compleja red de elementos entre los que se cuentan los cambios en la estructura de edad de la población, en menor grado los cambios en la definición de caso, en la mejora de los registros; sin embargo, quizá el elemento que probablemente más incide en este incremento de casos de diabetes es el cambio observado en los hábitos alimenticios de la población, donde se ha operado una disminución del consumo de alimentos tradicionales como maíz y frijol y se ha incrementado el uso de edulcorantes, grasas vegetales, aguas gaseosas, *snaks* sintéticos y sopas instantáneas; todo esto a la par de la falta de espacios de recreación (por inseguridad o ausencia), lo que hace suponer una disminución de las posibilidades para el ejercicio físico.

Además de observar un incremento en la prevalencia, debe considerarse que existen estados larvados de diabetes que –sin ser aún diagnosticados– ya se ha iniciado el daño a ór-

<sup>20</sup> Programa Nacional de Tuberculosis, MSPAS (2006).

**Gráfica 17**  
Prevalencia de Diabetes. República de Guatemala 2001 - 2006



Fuente: Moscoso 07



ganos como el corazón y los riñones; cuando la enfermedad se expresa clínicamente muchas veces ya se acompaña de complicaciones<sup>21</sup>.

El significado de este problema para los individuos que lo padecen, sus familias y comunidades es un alto costo humano, social y económico.

Las consecuencias del incremento de los casos de diabetes para los servicios de salud son en extremo importantes pues al ser una enfermedad crónica requerirá cuidados de largo término, sumado a la serie de complicaciones como la ceguera, amputaciones, enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia renal crónica; todas las cuales cursan con grados importantes de discapacidad y suponen importantes esfuerzos económicos y terapéuticos, lo cual le agrega complejidad al manejo y tratamiento.

Además de las implicaciones para los servicios, el impacto de estos problemas desde la perspectiva humana y económica para el individuo, su familia y la comunidad, son en extremo deletéreos y suponen importantes desbalances en la economía familiar, cuando no gastos catastróficos.

A los registros sobre problemas crónicos y degenerativos del MSPAS, se le agregan los del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). En el año 2006 el 31 % de las consultas externas en enfermedad común fueron por hipertensión arterial, seguida de Infecciones Respiratorias Agudas (28%) y el 13 % por diabetes mellitus.

De acuerdo a los registros del Instituto Nacional de Estadística de hospitales privados, durante los años 2002 y 2003, en los mayores de 40 años, la principal causa de consulta fue hipertensión arterial. El cáncer de cérvix representó casi

el 4 % de las consultas en mujeres de más de 20 años, siendo un promedio de 5% de la consulta en mayores de 35 años. En el grupo de mayores de 50 años la diabetes representa en promedio el 6% de las consultas externas en ambos sexos.

Como se acotó al principio de esta sección, la morbilidad refleja de alguna manera las condiciones de vida de la sociedad; por lo tanto, en el caso de Guatemala, donde observamos que de lo que más enferman las personas es de problemas evitables con acciones tan elementales como la dotación de agua segura para consumo humano, saneamiento básico y una adecuada nutrición, se nos revela un panorama de indiferencia e ineficiencia por parte del sistema de salud. Por un lado, indiferencia al no atender problemas de larga data como los transmisibles, a los que ahora se le suman los problemas crónicos y degenerativos a un ritmo que supera las posibilidades de respuesta de los servicios de salud; por otro lado, ineficiencia al desarrollar acciones que combatan las consecuencias y dejan intactas las causas de los problemas.

### ***Mortalidad***

Los datos de mortalidad, aunque no son precisamente indicadores de salud, reflejan el resultado que pueden tener las enfermedades de acuerdo a su naturaleza, las condiciones de quien las padece o los recursos que están disponibles para la limitación del daño. A diferencia de los datos de morbilidad, los datos de mortalidad son más consistentes pues provienen de los registros que efectúa el INE de forma periódica. Si bien estos datos pueden tener problemas con los diagnósticos y el sub registro, la información que proveen es de mucho valor para entender la distribución de los problemas de salud en la población utilizando diversas variables. A continuación se presentan los datos más relevantes del

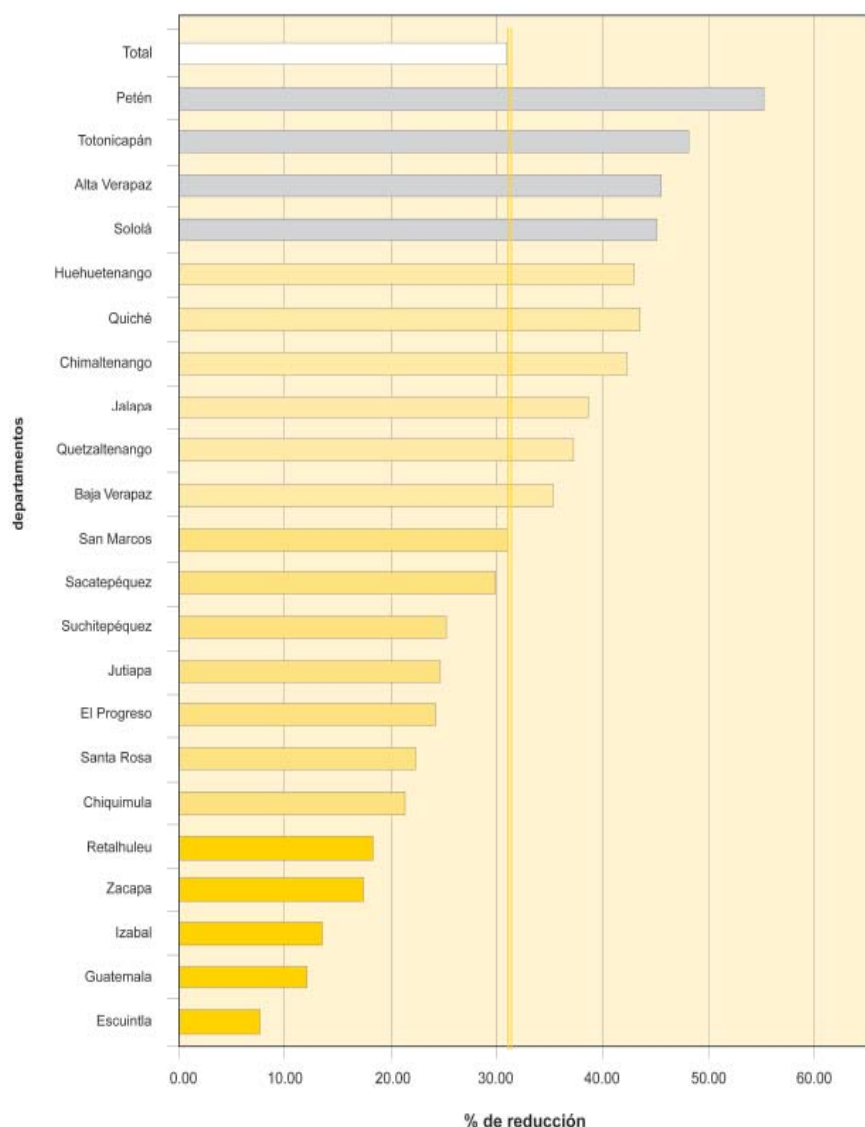
<sup>21</sup> Hossain P, Kavar B. (2007).





**Gráfica 18**

Porcentaje de reducción de la tasa de mortalidad general por departamento Guatemala 1986 - 2005



Fuente: Moscoso 07

análisis de la mortalidad en el país, haciendo las desagregaciones que permiten aproximarse a las relaciones que se establecen entre las causas de muerte y la estratificación socioeconómica y demográfica.

#### *Mortalidad general*

En los últimos veinte años la mortalidad en el país ha presentado un franco descenso, llegando a reducirse en 31% durante el

período de 1986 a 2005. En 1986 fallecían 8.1 personas por cada mil habitantes y en el año 2005: 5.59 por cada mil habitantes. El hecho que cada vez mueren menos personas en Guatemala significa, por un lado, que como país se han desarrollado acciones, intencionadas o no, que han logrado contener algunas de las causas de estas muertes; y por el otro lado, supone para el caso particular del sistema de salud, la necesidad de mantener los logros y enfrentar los nuevos desafíos. Con el ánimo de aproximarse a la comprensión de esta situación, una primera tarea entonces, es examinar la mortalidad desde la perspectiva de distintas variables.

#### *Mortalidad por departamento*

En el interior del país, el descenso de la mortalidad no ha ocurrido de manera homogénea. Por ejemplo, en el departamento de Petén, la reducción de la mortalidad llega a más de 50 %, mientras que en Escuintla esta reducción es menor al 10 %. Guatemala, Izabal, Zacapa y Retalhuleu muestran reducciones de menos del 20%. (Gráfica No. 18)

Las diferencias entre departamentos en cuanto a la reducción de la mortalidad radican en las diferentes estructuras de edad, en el acceso

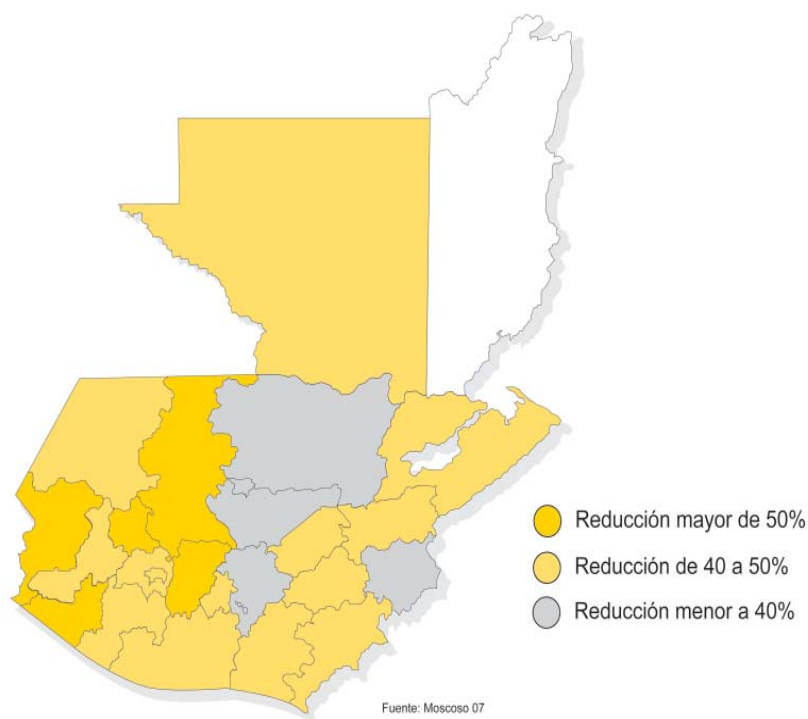
a servicios y en el perfil de enfermedades prevalentes dentro de su población. Llama la atención que en los departamentos de mayor ruralidad y marginación es donde se han operado las más grandes reducciones. Una de las explicaciones que cabe es que la importante reducción de la mortalidad infantil ha sido mayor en estos lugares, aunque los niveles previos a la reducción eran y son mayores que en el resto de los departamentos.





**Gráfica 19**

Tasa de mortalidad infantil: por porcentaje de reducción Guatemala 1986 - 2005



### Mortalidad por grupo de edad

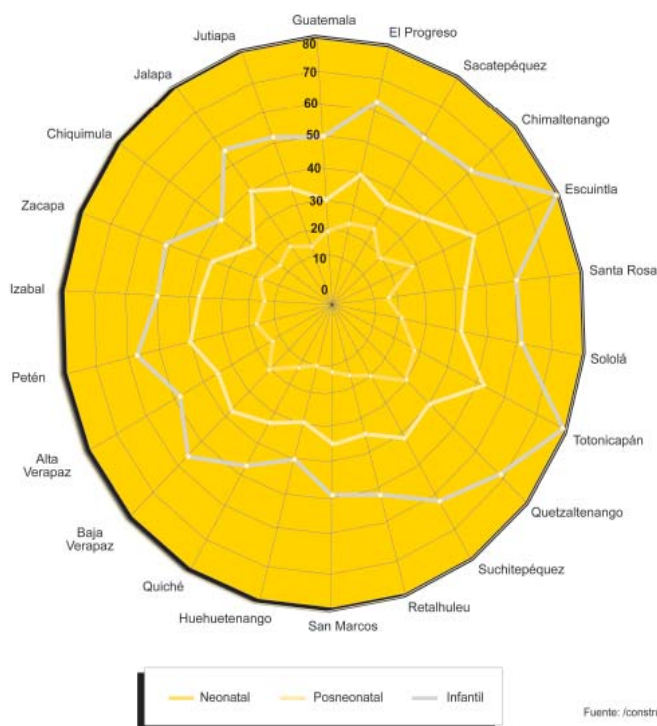
El comportamiento de la mortalidad de acuerdo al grupo de edad no ha variado durante el período de veinte años examinado, encontrando las mayores tasas en los extremos de la vida. La tendencia que han mostrado las tasas de mortalidad por grupo de edad es de descenso, principalmente en los grupos de los menores de cinco años. (Gráficas No. 19 y 20)

Mortalidad infantil: muestra descenso a expensas de la mortalidad post neonatal. En el año 2005 se registró una tasa de mortalidad infantil de  $26.6 \times 1.000$  Nacidos Vivos, con un rango que va de 17 en el departamento de Petén, a 42.2 en el departamento de Totonicapán.

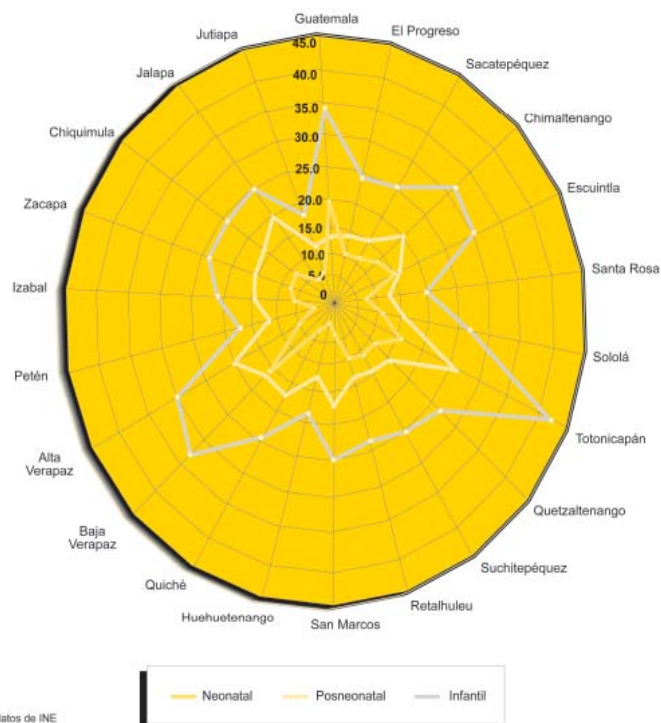
La tasa de mortalidad infantil se ha reducido en 51% en los últimos 20 años; sin embargo esta reducción ha mostrado diferencias en cada departamento. Guatemala es el departamento que menos reducción muestra con el 34 % y Petén

**Gráfica 20**

Mortalidad Infantil: por grupo de edad por departamento Guatemala, 1986



Mortalidad Infantil por departamento República de Guatemala, 2005



en el otro extremo con 70 % de reducción. En el caso del departamento de Guatemala es necesario considerar que por ser un centro de referencia, muchos niños mueren en hospitales del tercer nivel y la muerte se registra en el lugar donde ocurre y no en el lugar de nacimiento.

La mortalidad infantil en 1986 fue básicamente definida por las muertes en el grupo de mayores de 28 días y ésta es precisamente la que ha sufrido la mayor reducción. La mortalidad de los menores de 28 días también ha sufrido modificaciones en el período, principalmente a expensas de los cambios expresados en la mortalidad neonatal temprana –o sea los menores de 7 días de nacido– la cual, al contrario de la mortalidad post neonatal, ha sufrido incrementos en Baja Verapaz y Guatemala, en los últimos cinco años. En los departamentos de Occidente y Norte las tasas de mortalidad neonatal no han variado de forma significativa, mientras que la post neonatal ha disminuido de manea significativa.

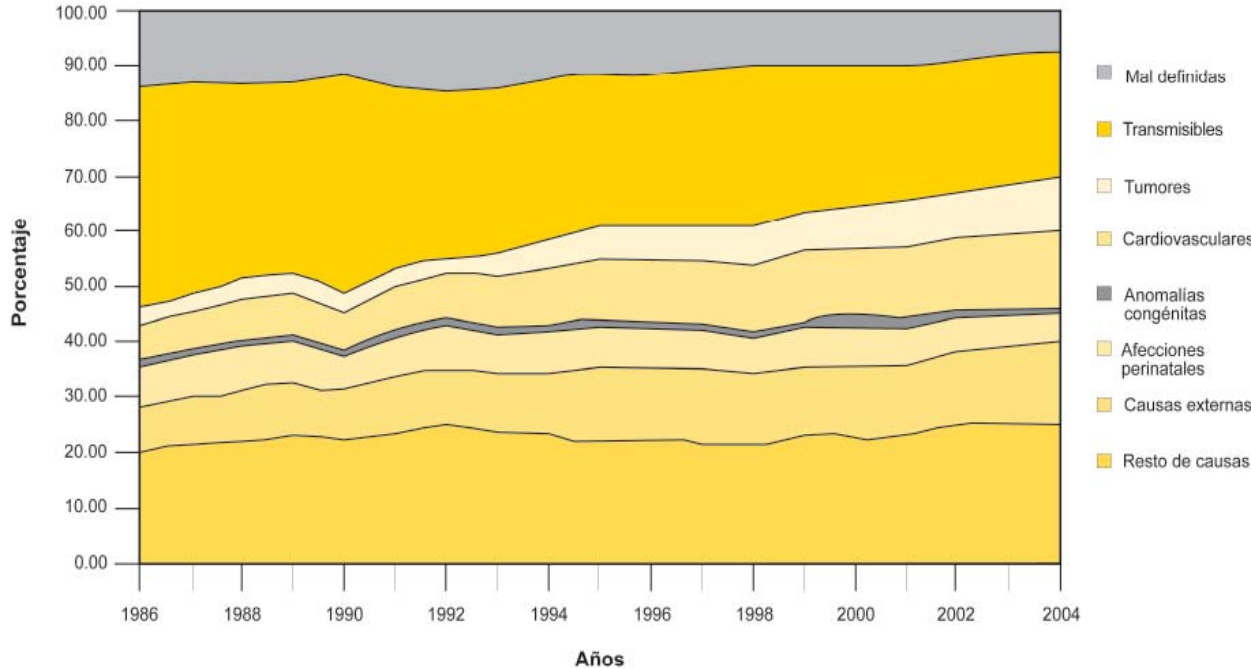
**Cuadro 4**  
Mortalidad infantil por mil nacidos vivos para 2005-2010 por países seleccionados

País	Tasa de mortalidad infantil
América Latina	26
Belice	30.5
Bolivia	55.6
Costa Rica	10.5
El Salvador	26.4
Guatemala	38.6 (26.6 según MSPAS PARA 2005)
Haití	59.1
Honduras	31.2
Nicaragua	30.1
Perú	33.4

Fuente: Construcción propia con datos del anuario estadístico CELADE 2006

La disminución de la mortalidad infantil es un importante logro de los servicios y responde probablemente a las mejoras en las inmunizaciones y en intervenciones como la dotación de sales de rehidratación oral, las

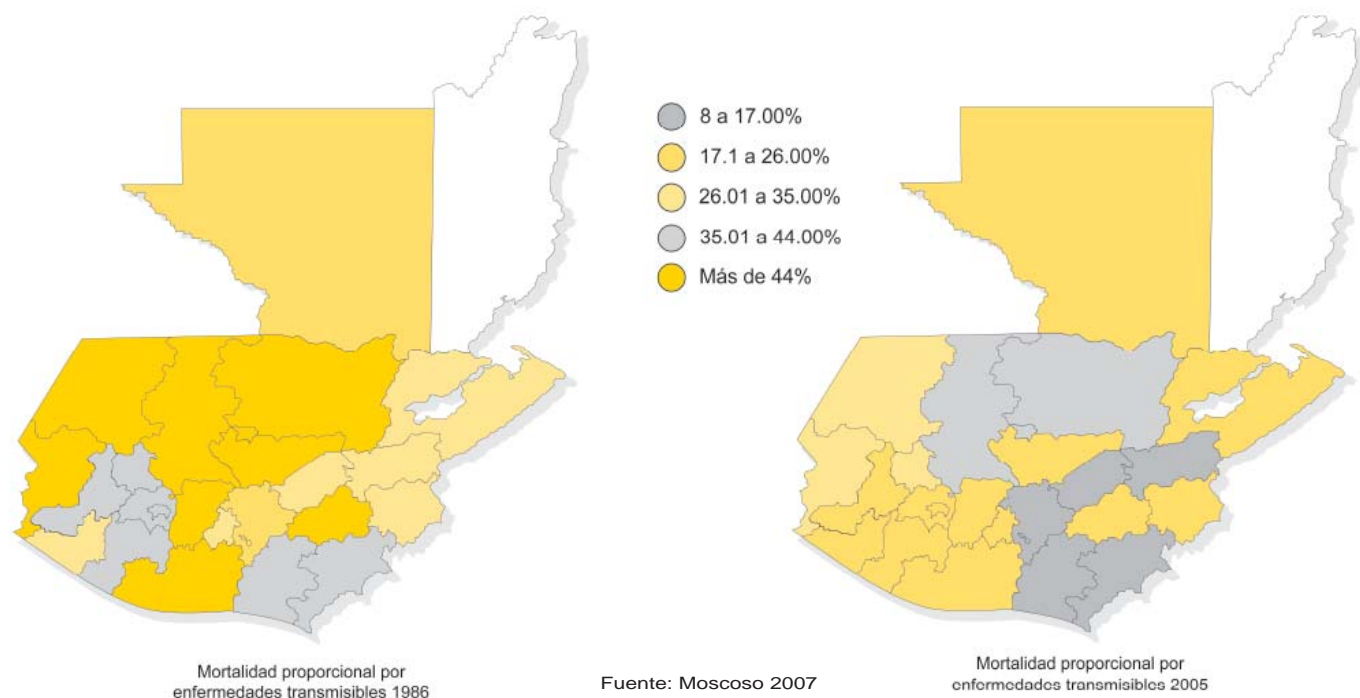
**Gráfica 21**  
Mortalidad Proporcional por Causa. República de Guatemala, 1986 - 2004



Fuente: Moscoso 07



Gráfica 22



cuales evitan las muertes. Sin embargo, es preocupante que el ritmo de la reducción de esta mortalidad aún nos coloca como uno de los países con la mortalidad más alta en América Latina (Ver Cuadro 4). Así mismo, el hecho que la mortalidad neonatal ha sufrido pocas reducciones, e incluso incrementos, sugiere que estamos lejos de ofrecer oportunidades para un parto seguro a las mujeres guatemaltecas y que el período neonatal aún es de riesgo en muchas regiones del país

#### *Mortalidad proporcional por grupo de causas*

De acuerdo a lo observado en la Gráfica No. 21 la mortalidad proporcional atribuible a enfermedades transmisibles ha descendido de 76 a 62 % durante el período estudiado, mientras que las defunciones por enfermedades cardiovasculares han aumentado en 61% y por tumores en 100 % durante el mismo período. Otro dato relevante es que las causas externas (violencia y accidentes), han incrementado su proporción de manera importante.

Como se puede observar en la Gráfica No. 22 para 1986 los problemas transmisibles eran la

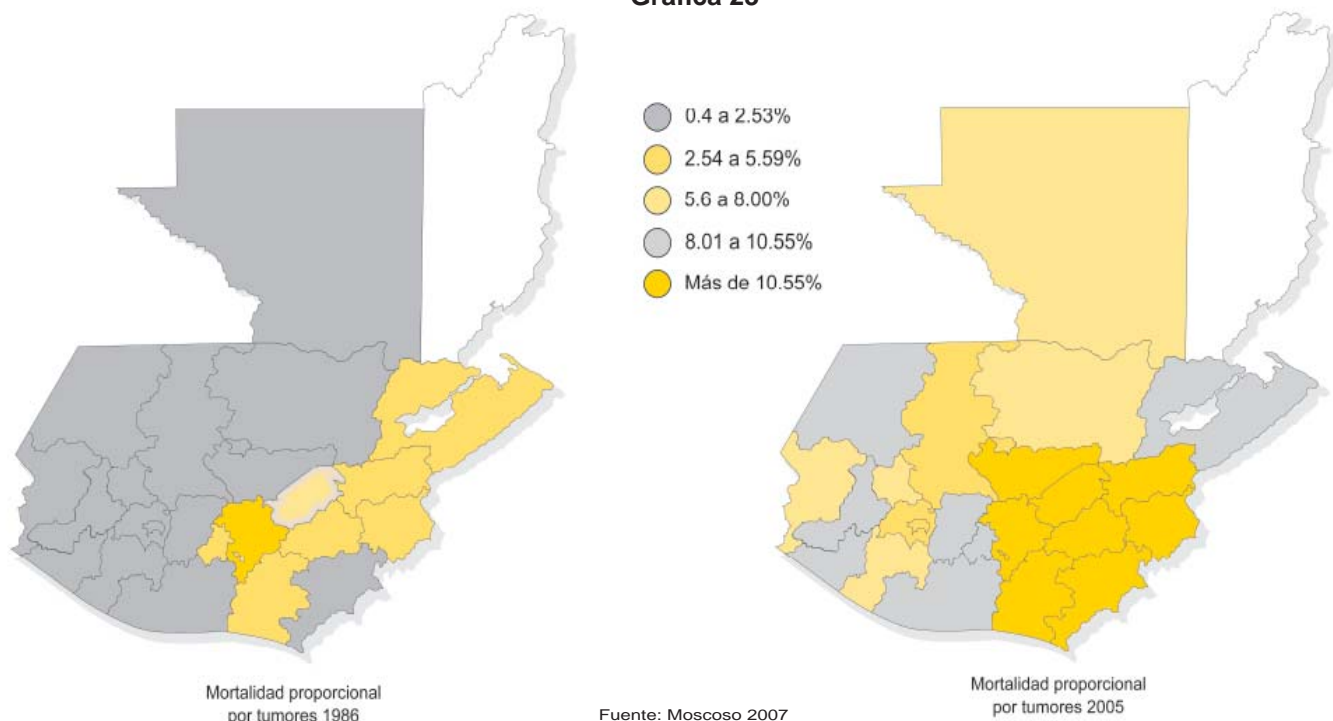
principal causa de muerte (más de 40%) en los departamentos del Occidente del país, así como en Escuintla, Chimaltenango y Jalapa; esta situación ha cambiado y para el año 2005 se observan reducciones de entre 10 y 20% con respecto a 1986.

En la mayoría de los departamentos se han operado importantes reducciones de las muertes relacionadas a problemas infecciosos; sin embargo, en el departamento de Guatemala se incrementó la proporción. Al igual que la explicación dada al aumento de la mortalidad infantil en este departamento, la causa puede radicar en que este es un departamento donde se ubican los centros de referencia del tercer nivel, y a donde finalmente son enviados los enfermos que necesitan cuidados especializados, circunstancia que puede estar pesando en esta situación.

La reducción de las muertes por problemas infecciosos puede deberse a mayor disponibilidad de tecnología para tratarlos (mayor oferta de antibióticos por ejemplo) y a que se han hecho esfuerzos específicos para evitar



Gráfica 23



las muertes por esas causas. Por ejemplo: el programa AIEPI, que se enfoca en evitar que los niños mueran a causa de infecciones respiratorias y diarrea. Las inmunizaciones, sin duda se relacionan con la reducción de las muertes por problemas infecciosos; un ejemplo de esto fue que en 1990 y 1991, se registró un incremento en las tasas de mortalidad infantil y fue relacionado a la epidemia de sarampión que ocurrió en esas fechas. Al incrementar los esfuerzos de vacunación, las tasas se redujeron a la tendencia normal.

Si bien la proporción de los problemas transmisibles está disminuyendo, el espacio está siendo ocupado por problemas no transmisibles, donde los tumores, los problemas cardiovasculares y los problemas por causas externas adquieren preponderancia.

Como puede apreciarse en la Gráfica No. 23 en 1986, los tumores sólo tenían peso en la mortalidad proporcional de los departamentos de Guatemala y El Progreso. En la actualidad, la mayoría del Oriente del país se ve afectada por

esta causa, aunque todos los departamentos han tenido un incremento en la proporción de estos problemas. Las causas de este incremento pueden deberse a la mejora en los diagnósticos y registros o a los cambios en la estructura de edad de la población; sin embargo, aún es necesario que el sistema de salud indague con profundidad en este hecho pues su impacto a nivel individual, doméstico, comunitario y de los servicios de salud, es mayúsculo.

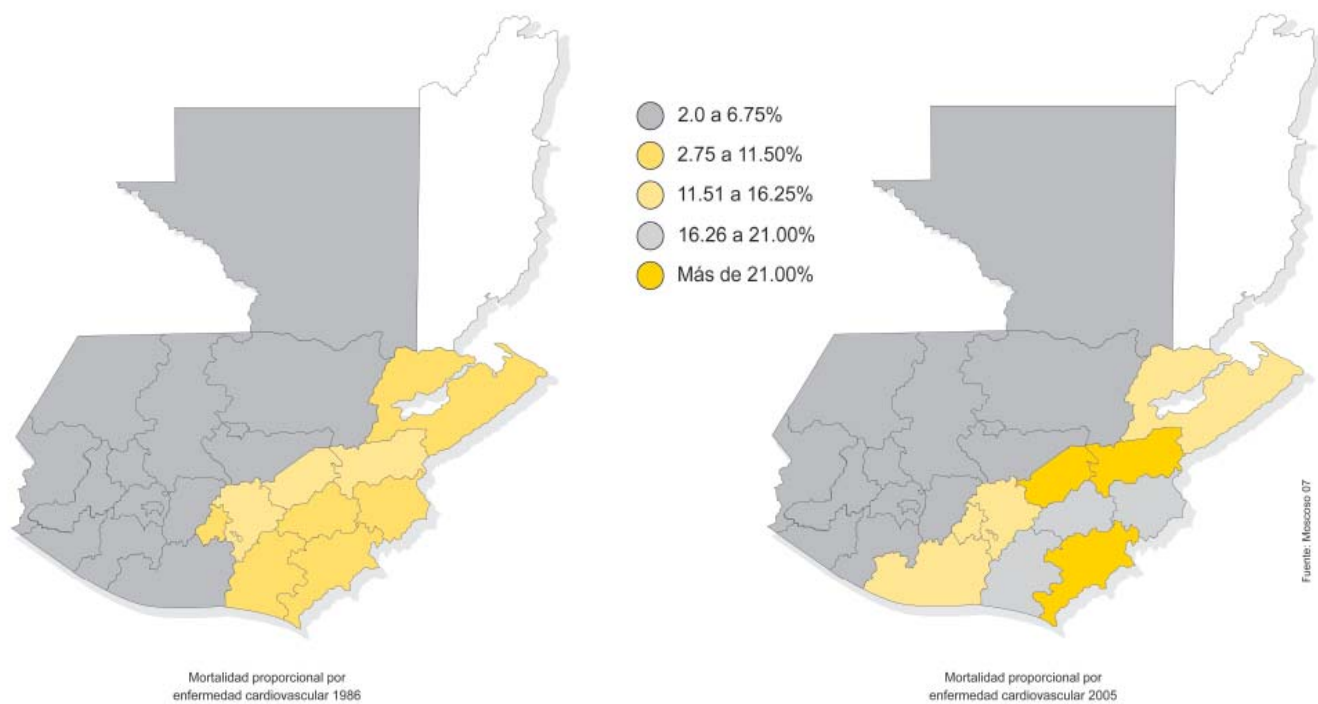
Otro problema cuya proporción se incrementó fue las muertes relacionadas a enfermedades cardiovasculares<sup>22</sup>. De acuerdo a lo observado en la Gráfica No. 24, la proporción de estos problemas en el año 2005 muestra un incremento de entre tres y cuatro veces en los departamentos del Oriente del país como Jutiapa, Zacapa, Chiquimula, El progreso y Jalapa, con respecto a 1986. Además se observa un importante incremento en Escuintla y Sacatepéquez. El hecho que es en Oriente

<sup>22</sup> Bajo este término se agrupan la hipertensión arterial, la enfermedad coronaria, el infarto agudo al miocardio y los accidentes cerebro vasculares.



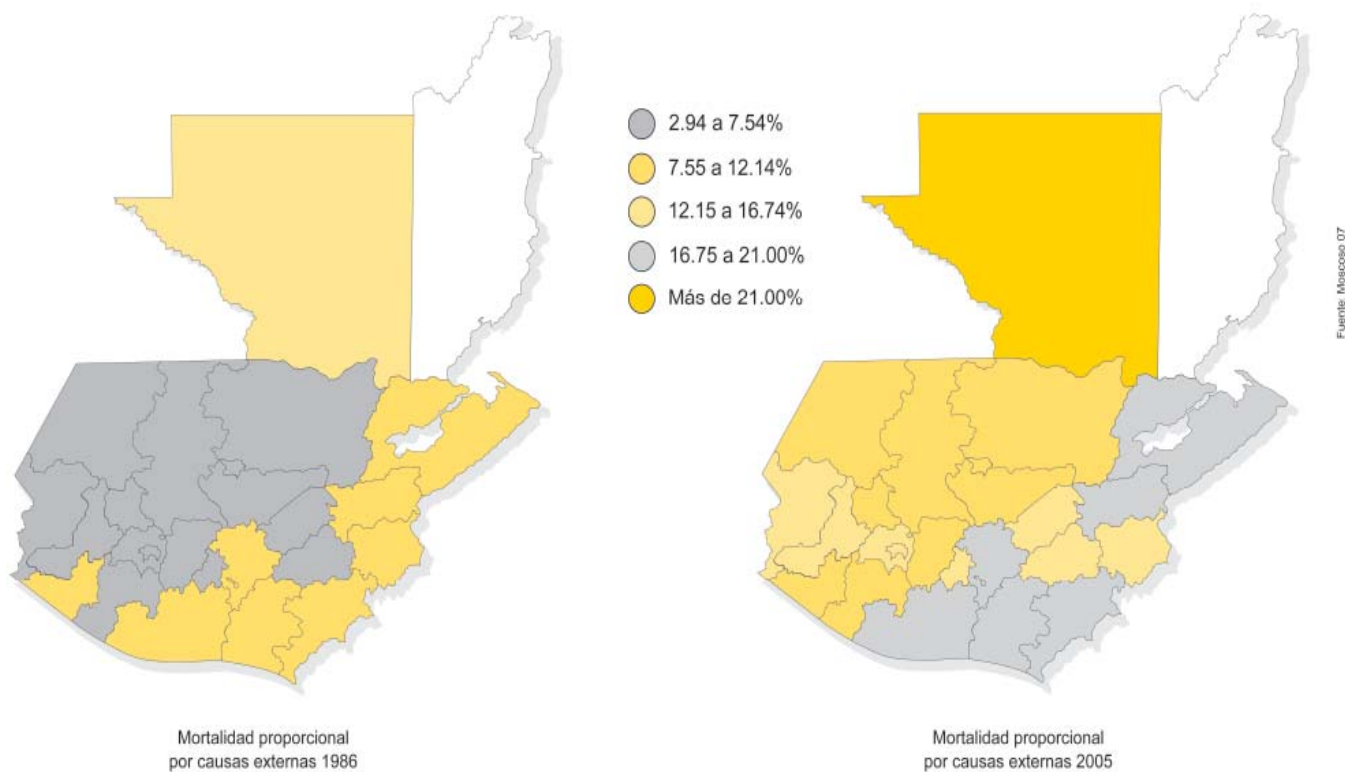


**Gráfica 24**



Fuente: Moscoso 2007

**Gráfica 25**



Fuente: Moscoso 2007



donde se observan los mayores incrementos de enfermedades cardiovasculares como causa de muerte, puede estar relacionado con la dieta, la que es abundante en lácteos y carnes, a lo que se le suma lo comentado en párrafos anteriores sobre la baja en el consumo de cereales y leguminosas, e incremento en edulcorantes y comidas rápidas; todo lo cual son factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares.

Como se observa en la Gráfica No. 25 la mortalidad proporcional por causas externas se ha incrementado en todo el país. En el año 1986, la más alta proporción le correspondía a Petén y los departamentos de Oriente y Nororiente del país, seguidos por los de la costa sur (Izabal, Zacapa, Chiquimula, Jutiapa, Jalapa, Sta. Rosa, Escuintla y Retalhuleu). Para el año 2005, no sólo se ha incrementado la proporción en dichos departamentos, sino que el problema ya es notorio en San Marcos, Quetzaltenango y Sololá. Las causas de este incremento pueden vincularse al aumento de la violencia y al crimen organizado, especialmente en territorios fronterizos.

#### *Mortalidad proporcional por causas y sexo*

La razón de mortalidad masculina muestra que en todos los grupos de edad hay mayor número muertes en hombres con respecto al número de mujeres. Las muertes en donde se ignora la edad, muestran que por cada 3 hombres muere una mujer. A partir del año 2000 se identifica un mayor número de muertes en hombres de 10 a 39 años, comparado con el número de mujeres de esta edad. Donde por cada mujer que muere, se registran en promedio 2.5 defunciones de hombres. Ahora, ¿existe algún patrón relacionado al sexo o al género en estas muertes?

Como puede observarse en las Gráficas Nos. 26 y 27, las cuales examinan el comportamiento de las muertes proporcionales por causa y sexo durante el período de 1986 a 2005, en los hombres se ha visto una disminución en

la proporción de problemas transmisibles, un importante incremento en los problemas relacionados a las causas externas (violencia y accidentes) y un incremento sostenido, aunque de menores proporciones, en los problemas cardiovasculares y tumores.

En las mujeres las causas externas no se incrementan de manera tan dramática como en los hombres; sin embargo, mantienen una tendencia hacia el aumento. Las gráficas también muestran un importante descenso en la proporción de muertes por enfermedades transmisibles y por problemas relacionados al embarazo y el parto. En las muertes por enfermedades cardiovasculares y tumores se observa un incremento importante.

De acuerdo a esta información, en la actualidad mueren más mujeres de infarto al miocardio y cáncer que de muertes relacionadas a la maternidad, lo que permite hacer dos reflexiones: por un lado, habla del éxito en la estrategia de reducción de las muertes maternas, las que aún sin reducirse al ritmo y en la proporción deseada, muestran una franca tendencia a la disminución; por otro lado, estos datos sirven de alerta sobre dónde deben realizarse los esfuerzos, pues los programas de salud pública aún no logran abordar integralmente este nuevo panorama, donde los problemas crónicos y degenerativos se superponen a los problemas transmisibles.

Las diferencias en la proporción de las causas de muerte entre hombres y mujeres, al menos en el caso de las muertes por causas externas, están relacionadas con los roles socialmente asignados a cada sexo donde los hombres, desde la adolescencia, se vinculan a comportamientos violentos y las mujeres asumen roles de cuidados de la familia, por ejemplo.

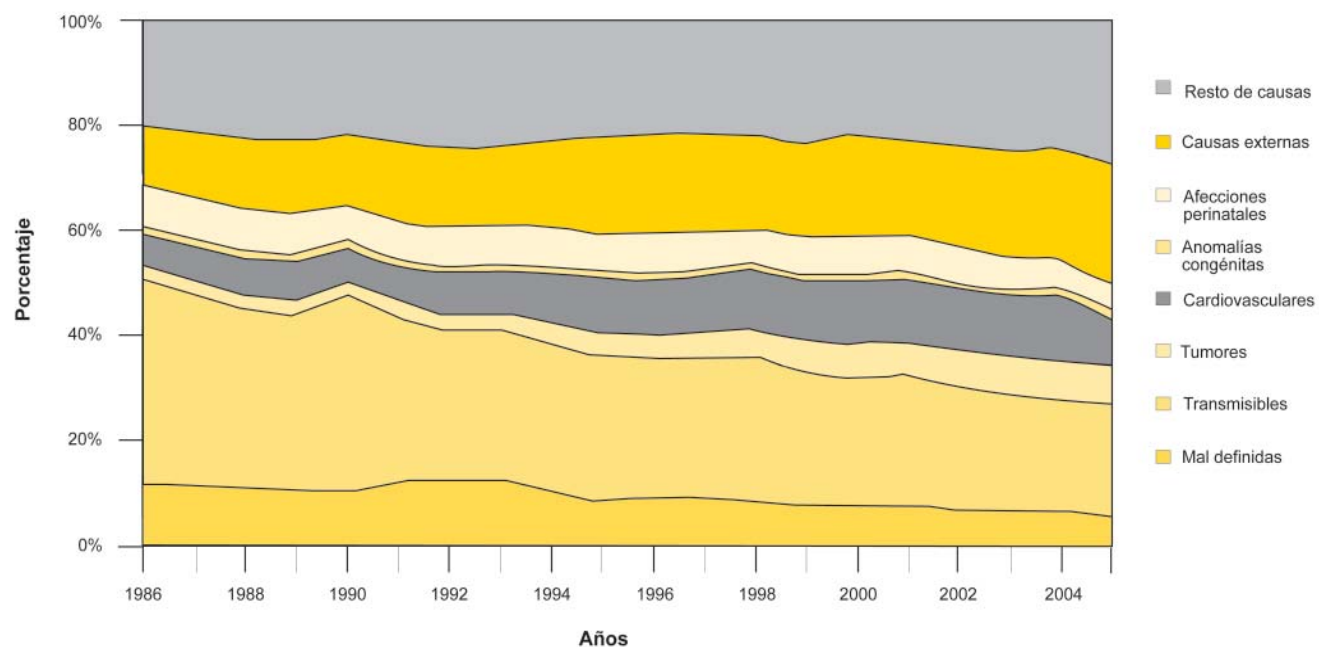
Este patrón, si bien se mantiene, muestra cambios: aunque las muertes violentas de



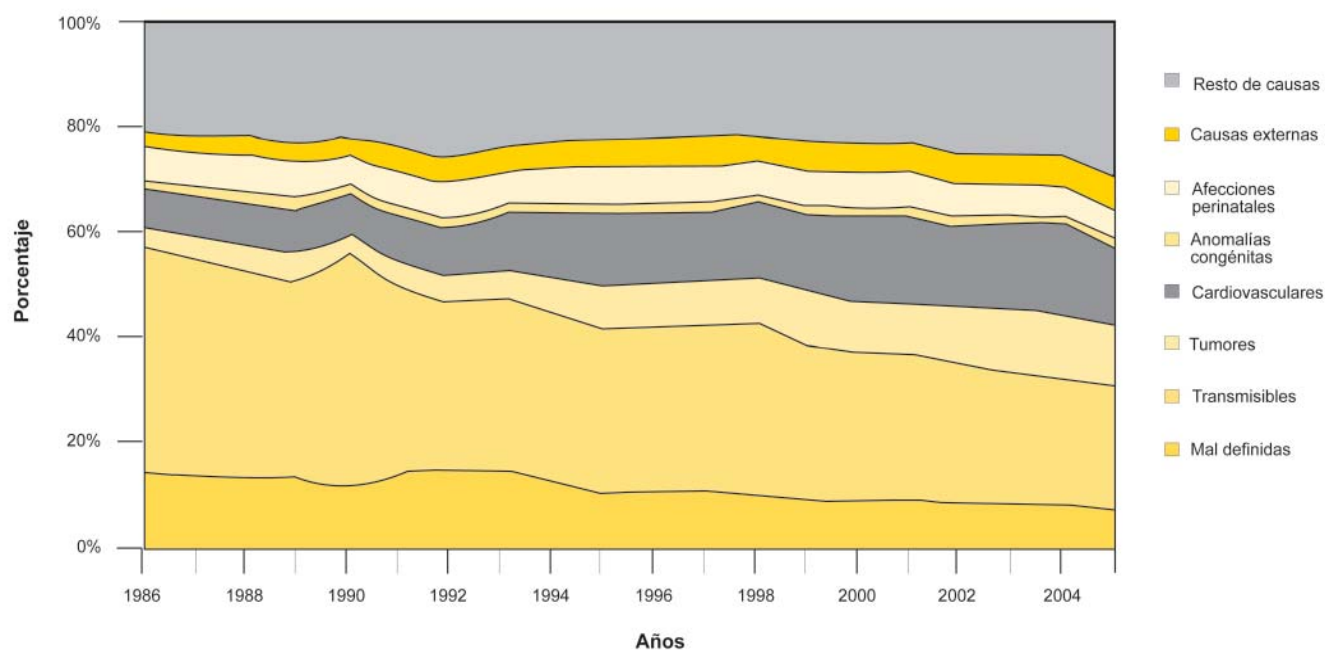


### Gráfica 26 y 27

Mortalidad Proporcional por Causas, sexo masculino. República de Guatemala, 1986 - 2005



Mortalidad Proporcional por Causas, sexo femenino  
República de Guatemala, 1986 - 2005



Fuente: Moscoso 07



mujeres no tienen la proporción que tienen en los hombres, ya es posible observar una clara tendencia a su aumento sostenido.

Llama la atención que cada vez mueren más mujeres y hombres por problemas cardiovasculares y cáncer, problemas que están más relacionados a los estilos de vida que a condiciones o inequidades de género. La ocurrencia de problemas cardiovasculares y cáncer se asocian no sólo a los estilos de vida sino al cambio en la estructura de edad, en donde a más edad, mayor riesgo de padecer estos problemas. No obstante, existe evidencia de que en Guatemala la edad de aparición de estos problemas cada vez es más temprana; como el caso de la diabetes, donde la edad de aparición se ha reducido y es posible observar el inicio de estos problemas entre los 38 y 40 años de edad.

#### ***Mortalidad por causas trazadoras***

Se eligió la diabetes mellitus como condición trazadora de enfermedades metabólicas, no sólo

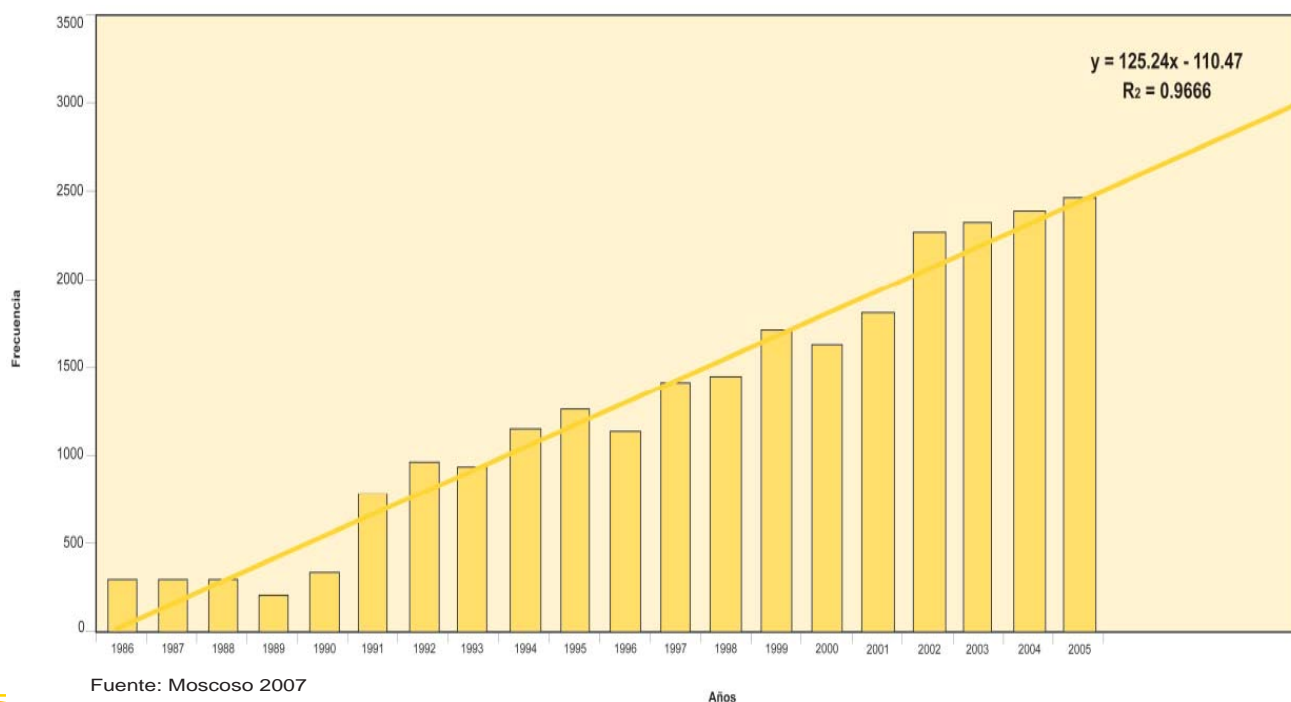
por estar en el centro del riesgo cardiovascular, sino por estar relacionada con estilos de vida actuales y diseminados, caracterizados por consumo de altas cantidades de grasa y carbohidratos, además de poca o ninguna actividad física.

La Gráfica No. 28, muestra que existe una tendencia de ascenso sostenido y acelerado de las muertes por esta causa, con una tasa por 10.000 habitantes de 0.3 a 2 en veinte años; es decir que se ha incrementado cerca de 7 veces en el período, esperando que en los siguientes cuatro años el número defunciones por esta causa llegue a más de 3.000 casos anuales.

A las implicaciones del incremento de la diabetes para los servicios de salud, los individuos y las familias comentados en el apartado sobre la morbilidad, habrá que agregar las implicaciones en la productividad de las unidades domésticas. Con el incremento de las muertes por esa condición, es posible inferir que muchos hogares, luego de sufrir el

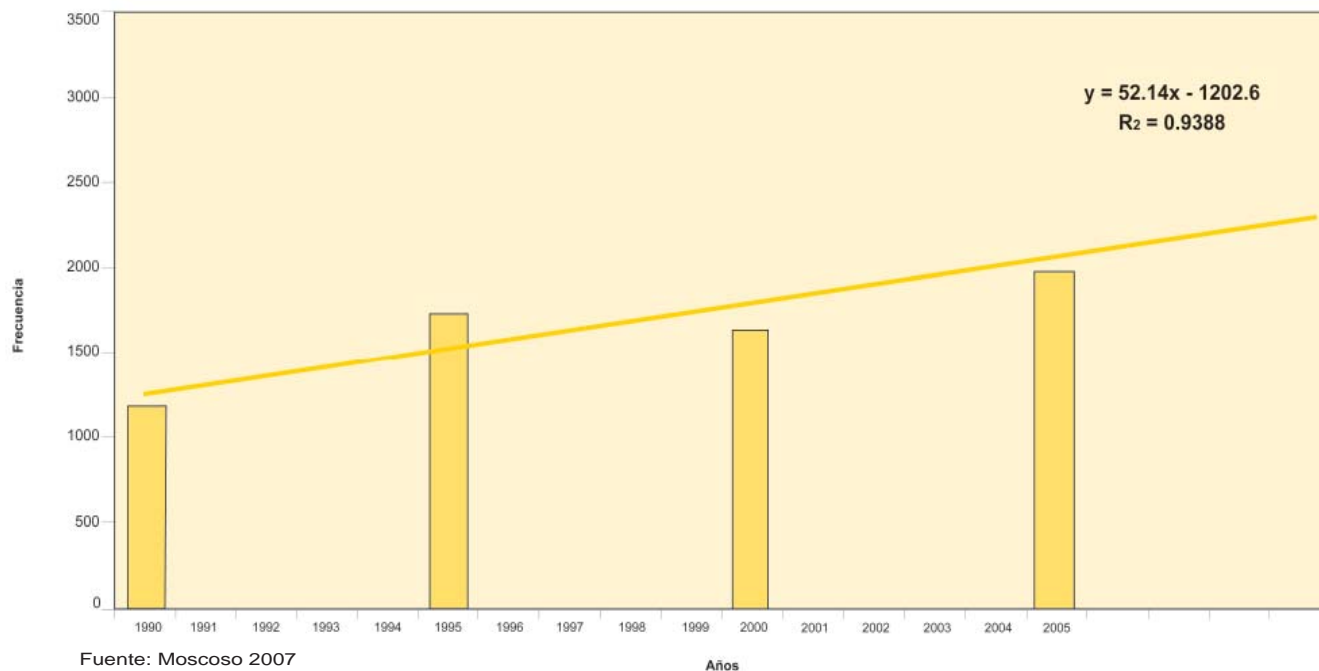
**Gráfica 28**

Frecuencia de muertes por Diabetes Mellitus. República de Guatemala 1986 - 2005



**Gráfica 29**

Frecuencia de muertes por Cirrosis. República de Guatemala 1990, 1995, 2000 y 2005



desgaste humano y económico ocurrido por la atención de la diabetes y sus complicaciones, deben enfrentar en franca desventaja los retos de la vida más allá de la muerte de uno de sus miembros, especialmente si es él o la proveedora.

Otra condición elegida como trazadora es la cirrosis hepática como causa de muerte, la cual si bien puede ser secundaria a hepatitis y otras condiciones inflamatorias del hígado, su relación con el alcoholismo nos da una idea aproximada de las dimensiones de este último problema como causa de muerte. Como se muestra en la Gráfica No. 29, las muertes por cirrosis hepática muestran una clara tendencia al aumento, especialmente a expensas del sexo masculino, presentando a lo largo del tiempo una razón de 3 respecto al sexo femenino.

De este dato pueden inferirse dos situaciones: por un lado, refuerza la idea que el consumo de alcohol, como consecuencia de asignaciones de género, es más frecuente en hombres que en mujeres; y por otro lado, revela lo importante de este problema, pues su aumento implica un

alto grado de involucramiento de los hogares, con sus consecuentes secuelas humanas y económicas. Considerar el alcoholismo como problema de salud pública es un primer e importante paso para enfrentarlo.

#### *Mortalidad en adolescentes*

En la mortalidad del grupo de adolescentes predominan dos grupos de causas: las causas externas y las enfermedades transmisibles, las primeras principalmente en el grupo de hombres. El 32% de las muertes que ocurren en esta etapa de la vida se deben a causas violentas; de ellas, más de la mitad (54%) ocurren por Heridas por Arma de Fuego –HPAF- causa que tiene una fuerte tendencia al incremento. La mortalidad ocasionada por HPAF es la primera causa de muerte en este grupo de edad en los departamentos Guatemala, Chiquimula, Escuintla e Izabal, donde la tasa específica de muertes por HPAF en adolescentes está por encima de la tasa nacional; aunque de forma general, estos departamentos tienen tasas de mortalidad por causas violentas superiores al promedio nacional.



De alguna manera, estas son muertes evitables y desvirtúan los esfuerzos y logros a los que se ha llegado en cuanto a la reducción de las muertes infantiles. El panorama no es halagüeño si se considera que se logra salvar a los niños menores de un año; luego, al crecer, enfrentan la desnutrición que los coloca en posición desventajosa en cuanto a las oportunidades de desarrollo; si logran sobrevivir a la niñez, ingresan a la adolescencia con alto riesgo de muertes violentas. El énfasis que los servicios de salud han puesto sobre el segmento poblacional de adolescentes es en asuntos relativos a la reproducción, lo cual es sumamente importante pero insuficiente si no se consideran los problemas de violencia como una amenaza a la salud y no sólo un problema de seguridad.

### **Los desafíos para la acción intersectorial del sistema de salud**

El perfil demográfico presentado en el apartado anterior, constituye el contexto poblacional donde operará el sistema de salud en los próximos años. Por su parte, el perfil epidemiológico examinado muestra los desafíos en cuanto a los problemas concretos de salud que el sistema enfrenta; sin embargo, existen otras dos dimensiones que deben ser consideradas: la transición alimentaria nutricional y la situación medioambiental. La primera, por ser el reflejo de las interacciones y relaciones que se establecen entre las variables sociales, económicas, políticas y culturales, pudiéndose observar, de manera sintética, los resultados de estas interacciones en un problema concreto de salud; y la otra –la situación medioambiental– por incidir de manera directa en la salud de la población.

Ambas dimensiones revelan de manera explícita la necesidad de acciones intersectoriales para resolver de forma integral los problemas de salud. Se eligieron estas dos dimensiones como ejemplos, sin menoscabo de que otros ámbitos como el empleo, la vivienda, la

educación, entre otras, también son muestra de las profundas y complejas relaciones entre salud, enfermedad y desarrollo. A continuación, se presentan algunos resultados del ámbito nutricional y medioambiental que resultan relevantes para el análisis del sistema de salud.

### ***Situación y transición alimentaria y nutricional***

#### *La desnutrición, un problema secular*

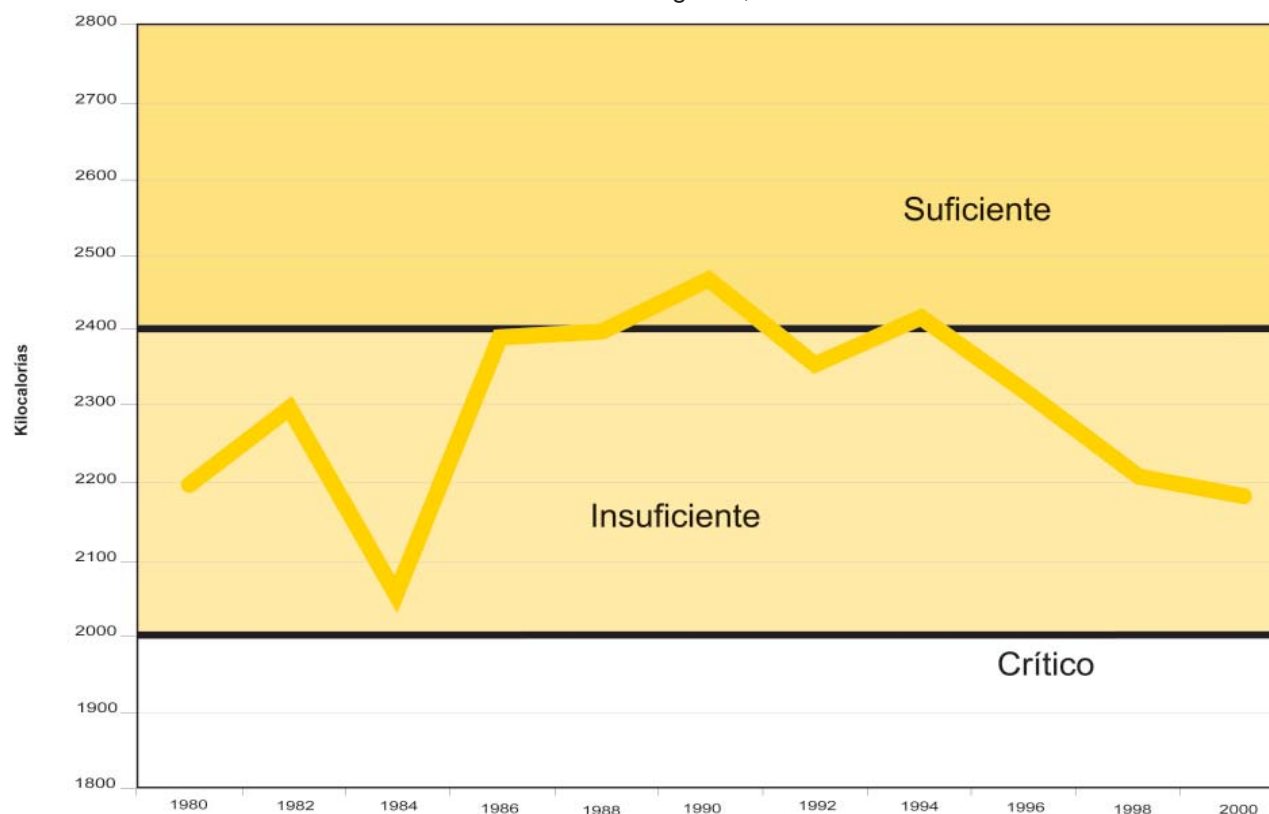
El abordaje que el sector salud le ha dado a los problemas alimentarios y nutricionales ha evolucionado desde considerar, en los años 50, la desnutrición como un problema de salud pública –al que se le daba respuesta atendiendo en los hospitales los casos más graves y enviándolos a casa una vez se recuperaban– pasando por un abordaje, siempre sectorial, en el que se desarrollaron centros de recuperación nutricional; hasta adoptar, en los años 90, un enfoque más integral, de seguridad alimentaria.

La seguridad alimentaria significa que todas las personas, en todo momento, tienen acceso físico, económico y social a alimentos suficientes e inocuos que satisfacen sus necesidades nutricionales y sus preferencias alimenticias, todo ello para lograr y mantener una vida activa y sana. Esto supone que, a nivel nacional, se dispone de una oferta o suministro suficiente, en cantidad y calidad, de los alimentos que culturalmente conforman los hábitos dietéticos de su población y que ésta a su vez dispone de los medios para obtenerlos y usarlos para su consumo familiar. La Seguridad Alimentaria Nutricional tiene cuatro componentes: i) disponibilidad de alimentos, ii) acceso económico a los alimentos, iii) patrón alimentario y iv) la utilización biológica de los alimentos<sup>23</sup>.

<sup>23</sup> Situación de la seguridad alimentaria y nutricional en Guatemala, Sistema de Naciones Unidas, Septiembre (2003).



**Gráfica 30**  
Suficiencia Energética, 1980 - 2000



Fuente: FAOSTAT

Como medida para evaluar si las personas están ingiriendo la cantidad suficiente de alimentos se utilizan las Kilocalorías (kcal) consumidas per capita por día, lo que representa el nivel de suficiencia energética.

Como se puede apreciar en la Gráfica No. 30, en Guatemala ha existido un déficit de más de 200 kcal por día por persona, tendencia que se mantuvo con algunas variaciones del año 1986 al 2000. Esto quiere decir que, en promedio, los guatemaltecos no han logrado llenar sus requerimientos de energía cada día por períodos prolongados de tiempo.

Para la ocurrencia de la desnutrición, uno de los factores más importantes es la accesibilidad económica de los alimentos; como una manera de aproximarse, a continuación se establecen las relaciones existentes entre los niveles de pobreza y el problema que nos ocupa.

Según los datos de la ENCOVI 2006, el 51% de la población guatemalteca vive por debajo de la línea de pobreza y el 15% debajo de la línea de pobreza extrema. Esto se traduce en que uno de cada dos guatemaltecos tiene únicamente lo suficiente para comer una dieta mínima<sup>24</sup>, mientras que uno de cada seis no tiene ni para esto. El nivel de pobreza se ve reflejado en las condiciones nutricionales de los niños menores de 5 años.

En el Cuadro No. 5 se observa como la pobreza es un factor fundamental en la producción de la desnutrición, especialmente en la crónica, por sus efectos de largo plazo. A pesar que el límite de no pobres y pobres es tan sólo superar el ingreso establecido por la línea, su efecto en la condición nutricional es dramático pues la

<sup>24</sup> Que por cierto es calculada en base a un consumo de 2,172 kcal al día, aportadas por una dieta estándar de alimentos, sin considerar la inflación.





**Cuadro 5**

Relación entre pobreza, tipos y niveles de desnutrición en niños menores de 5 años en porcentajes

Nivel de pobreza	Tipo y nivel de desnutrición			
	Retardo en la talla	Retardo en la talla severo	Emaciación	Emaciación severa
<b>Extrema</b>	63.5	38.0	3.9	3.5
<b>Pobreza</b>	53.0	27.7	3.0	2.8
<b>No pobre</b>	26.6	11.3	2.5	0.7

Fuente: SNU 2003

desnutrición se reduce en casi un cincuenta por ciento; mientras que en la transición de pobreza a pobreza extrema se incrementa en más del 10%. En otras palabras, la estrategia de reducción de la desnutrición infantil debe estar profundamente vinculada a las estrategias de desarrollo y combate a la pobreza.

En el mismo Cuadro No. 5, se observa que el efecto de la pobreza en la emaciación - es decir, las hambrunas - es de menores dimensiones que la desnutrición crónica, pero no por eso menos importante de considerar.

Un dato importante que emerge de los datos del cuadro anterior es que, aún en segmentos no pobres de la población, un porcentaje importante padece de desnutrición crónica y aguda, lo que revela que el problema de desnutrición va más allá de los ingresos y se adentra en dimensiones más estructurales de la dinámica social y económica del país.

Como se observa en el mismo cuadro, a nivel de país, la mitad de todos los niños menores de cinco años presentan desnutrición crónica. Mientras que en el área rural se presenta un 55% de menores de cinco años con el problema, en el área urbana la proporción se reduce a 36%.

En el grupo ladino la desnutrición es de 36 %, mientras que en el grupo indígena es de 69%. En términos del nivel de educación de la madre, los niños menores de cinco años de madres sin ningún nivel de educación presentan 66% de desnutrición, en contraste con los niños de madres con nivel de secundaria o más, que presentan 19%. Las regiones Norte y Nor Occidente son las que muestran los mayores porcentajes de desnutrición crónica, superiores al nivel nacional (61 y 68% respectivamente). Estos datos ponen de relieve nuevamente que la desnutrición crónica resulta de las inequidades que se han establecido en el país a partir de la estratificación socioeconómica, que producen grandes brechas de desarrollo y oportunidades: se es urbano o rural, o indígena, o se tiene una madre educada.

Los problemas de desnutrición empiezan antes del nacimiento, de acuerdo con la situación de salud de madres antes y durante el embarazo, determinando el peso y tamaño del niño al nacer. A su vez, el peso al nacer es determinante en el crecimiento infantil. En Guatemala se ha estimado una incidencia de bajo peso al nacer de 14%.<sup>25</sup>

<sup>25</sup> Hidalgo E. (2007).





En cuanto a la población escolar, prácticamente la mitad de los estudiantes del primer grado de la escuela primaria presentaban desnutrición crónica, según el Censo Nacional de Talla Escolar<sup>26</sup>. Los departamentos del país clasificados en muy alta vulnerabilidad nutricional, según la prevalencia de desnutrición crónica son: Totonicapán (73%), Sololá (73%), Huehuetenango (55%), Quiché (65%), San Marcos (61%) y Chimaltenango (60%).

Los datos anteriores muestran cómo la estratificación socio demográfica guarda una vinculación profunda con la ocurrencia de la desnutrición, lo que pone sobre la mesa de discusión el tema de la inequidad, pues estas variables generan diferencias sistemáticas entre distintos grupos de población por el hecho de ser rurales, o pobres, o indígenas, entre otros.

Al problema de la desnutrición se le agregan sus consecuencias a largo plazo, no sólo en cuanto a las oportunidades mermadas para el desarrollo personal, familiar y comunitario y a la incrementada vulnerabilidad ante problemas infecciosos que genera esta situación; sino a las secuelas que se convierten en problemas nuevos que se agregan a los viejos. A continuación se hacen las consideraciones a este respecto.

#### *De la desnutrición al sobrepeso*

Los problemas nutricionales carenciales tienen efectos a largo plazo, la desnutrición durante el período fetal provoca cambios estructurales, fisiológicos y metabólicos, programando el desarrollo del síndrome metabólico en la edad adulta. El concepto de programación implica un proceso donde un estímulo o agresión en un período crítico del desarrollo tiene consecuencias a largo plazo.<sup>27</sup>

<sup>26</sup> MINEDUC (2002).

<sup>27</sup> Hidalgo (2007).

En la ENSMI 2002, se encontró que el promedio de Índice de Masa Corporal<sup>28</sup> en mujeres con hijos menores de 5 años era de 25.2%, siendo solamente 1.9% de las madres quienes mostraron un IMC inferior a 18.5, mientras que 13.8 % presentaron un índice igual o superior a 30, con lo que se muestra la tendencia al sobrepeso y obesidad. En otras palabras, una de cada siete mujeres tenía sobrepeso u obesidad, mientras que una de cada 50 padecía déficit nutricional. En los hombres, se encontró un 6 % de obesidad, mientras que en los niños menores de 5 años el porcentaje alcanzó el 5%.<sup>29</sup>

Lo más preocupante es que una gran proporción de hombres y mujeres, del grupo que se encuentra en niveles normales, se ubican en el límite superior de normalidad, muy cerca de rebasar la línea que los convierte en personas con sobrepeso. Es conocida la relación que se da entre el sobrepeso y la obesidad con la diabetes y los problemas cardiovasculares, por lo que la tendencia al incremento de estos problemas encuentra en esta transición una explicación.

Para la región de América Latina y el Caribe, se ha determinado que la prevalencia de la obesidad alcanza un promedio de 4.4%.<sup>30</sup> Guatemala es uno de los 11 países que se encuentra con niveles superiores (5.4%) a los del promedio regional. Niveles que se considera que van en una tendencia a incrementar, aún manteniendo altos niveles de desnutrición como el problema de mayor magnitud en el país.

Una explicación de este fenómeno puede encontrarse en los cambios de los patrones alimenticios, en los que influye de manera

<sup>28</sup> El índice de Masa Corporal –IMC– indica el nivel de delgadez o de obesidad relacionado con la talla. Se considera normal un valor de IMC entre 18.5 y 30. Un nivel por debajo de 18.5 denota un estado nutricional deficiente, mientras que un nivel mayor de 30, indica sobrepeso y obesidad.

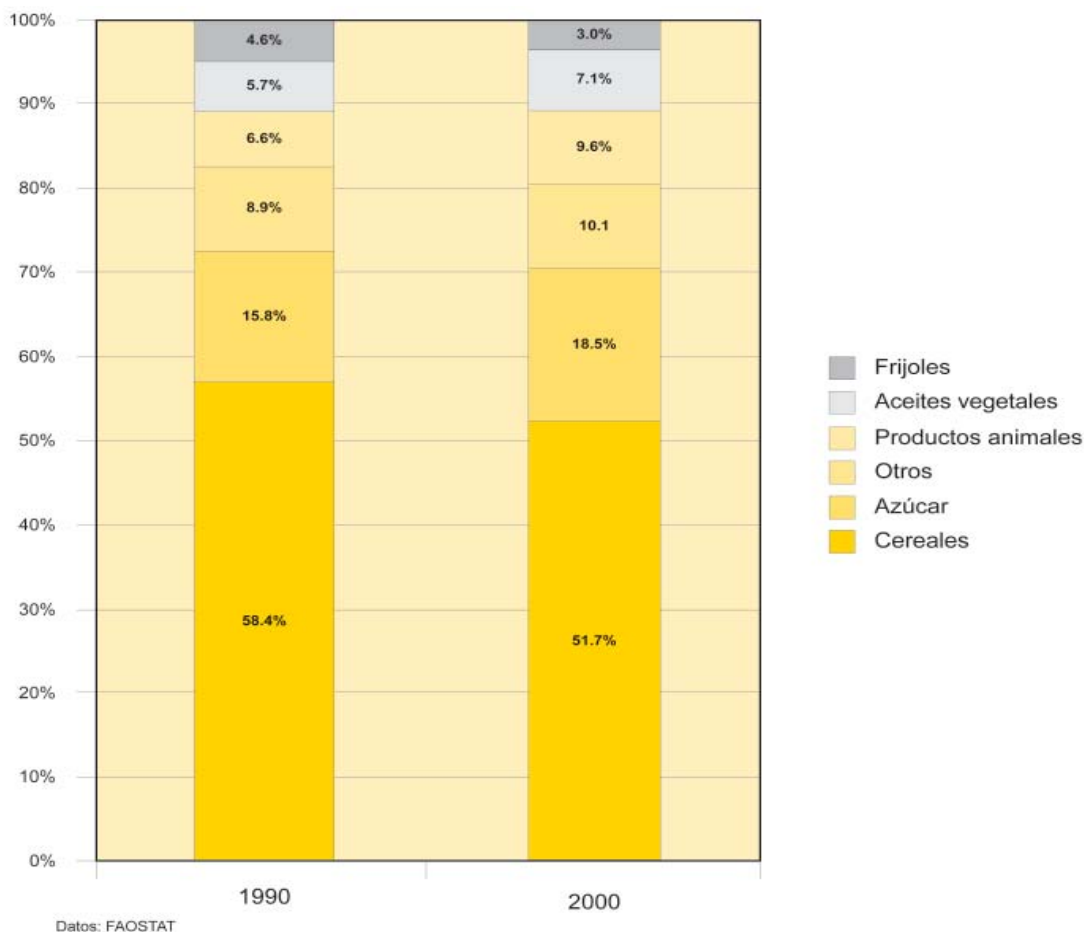
<sup>29</sup> ENSMI (2002).

<sup>30</sup> OMS (2005).



**Gráfica 31**

Contribución Porcentual de los grupos de alimentos a la disponibilidad de energía. Guatemala, años 1990 y 2000



importante la disponibilidad de alimentos. En Guatemala, los alimentos de mayor consumo son, en primer lugar el maíz, luego el frijol, seguido por el trigo en forma de pan, los edulcorantes, las hortalizas, la carne de ave y vacuna, los huevos y los lácteos.<sup>31</sup> Según datos de FAO (Gráfica No. 31), el consumo de maíz y frijol entre 1990 y 2000 tiende a disminuir, mientras el consumo de edulcorantes y aceites vegetales tiende a aumentar.

Las razones para este cambio en el patrón de consumo son de diversa índole, pero una de las más importantes es que la disponibilidad de maíz y frijol ha disminuido.

Como se aprecia en la Gráfica No. 32, tanto la disponibilidad de maíz como la de frijol, se ha reducido en cerca del 50% en el período presentado. Las razones de esto se relacionan con la disminución de los cultivos de auto consumo en favor de los cultivos de exportación.

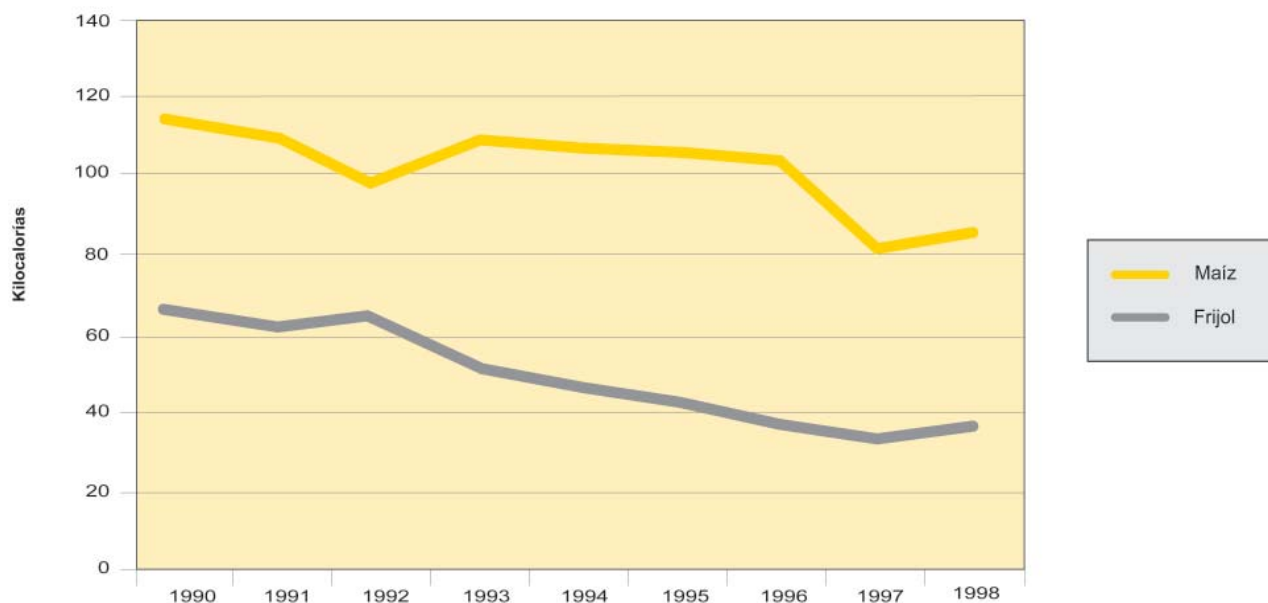
El cambio del uso de la tierra para cultivos distintos a los tradicionales provoca, entre otras cosas, una importante disminución de la disponibilidad de alimentos y afecta los ingresos familiares, situación que predicablemente se agravará si la tierra de cultivo para alimentos se utiliza para producir materias primas para biocombustibles, por ejemplo.



<sup>31</sup> FAO (2003).

**Gráfica 32**

GUATEMALA. Disponibilidad de maíz y frijol, 1990 - 1998 (% cobertura de necesidades)



Fuente: MSPAS, con datos de FAO 2003

Al cambiar el patrón de consumo de alimentos, se producen cambios en la nutrición. La disminución del consumo de maíz y frijol, al ser la dieta principal de los guatemaltecos, asociado a la pobreza, plantea un escenario donde la desnutrición es el resultado predecible; sin embargo, la sustitución de estos alimentos de gran valor nutricional, por edulcorantes, grasas vegetales y otros alimentos genera nuevos problemas nutricionales distintos a la desnutrición.

Según FAO, con datos de ENIGFAM 98, en los hogares guatemaltecos cada vez se consumen más alimentos preparados. Por ejemplo, el 60% de los hogares consumen aguas gaseosas de manera regular, el 46% consumen *consomé*, el 37% *snaks* sintéticos y el 23% sopas instantáneas<sup>32</sup>. Como se pudo constatar con los datos presentados en este mismo apartado, este cambio en el patrón alimentario ya tiene importantes consecuencias en la población, al haberse incrementado la prevalencia de

<sup>32</sup> SNU (2003).

crónicas no transmisibles, cuya prevalencia aumenta de manera alarmante.

El nuevo perfil nutricional se caracteriza por la presencia de problemas nutricionales por deficiencia, al mismo tiempo que hay presencia de enfermedades crónicas como resultado de los importantes y trascendentes cambios en los patrones de consumo alimentario y por una crítica disminución de la actividad física de las personas. Los nuevos patrones de alimentación que ya se comentaron y el estilo de vida de la población, se ven reflejados en los crecientes niveles de obesidad, diabetes, problemas cardiovasculares, cáncer. La importancia que tiene el perfil alimentario y nutricional, caracterizado por la convivencia de problemas carenciales con problemas de sobre consumo y modificaciones en los patrones alimentarios, estriba en que a problemas viejos no resueltos, se le suman otros nuevos.

Estos problemas impactan de manera importante en el nivel doméstico, debido a sus costos de atención y a los efectos en la



productividad individual y desempeño laboral; además de los problemas de orden psicológico o emocional que surgen a raíz de las enfermedades crónicas, tanto para la persona que los padece como para el resto de la familia. Para el sector salud, se impone la necesidad de aumentar y modificar los servicios de salud, puesto que no deben atenderse únicamente problemas carenciales sino también las enfermedades crónicas. Y para el país en general, la necesidad urgente de modificar los elementos estructurales de índole económico, social y político que determinan esta situación, además de adaptar las condiciones de las ciudades, como infraestructura física; generar opciones de servicios de salud que permitan que personas con enfermedades crónicas tengan la oportunidad de escoger las alternativas más saludables; todo esto sin contar con un predecible incremento de la discapacidad.

### *Medio ambiente y salud*

Uno de los problemas más relevantes de este ámbito, es la importancia fundamental que tiene el agua –en cuanto a su disponibilidad y calidad– con respecto a la salud. La cobertura de agua entubada domiciliar para Guatemala es de 69%, con amplias variaciones entre el área urbana (88%) y la rural (54%). Mientras que en lo correspondiente al saneamiento básico, la cobertura es de 72% en el área urbana y 52% en el área rural.<sup>33</sup>

En muchas comunidades, aun contando con un servicio de abastecimiento, la calidad y cantidad de agua no son adecuadas. Para los sistemas de tratamiento, el 66% de los municipios usan sistemas de gravedad, 19% sistemas de bombeo y 15%, utilizan sistemas mixtos. Las 331 municipalidades se abastecen en un 70% de aguas superficiales, situación que muestra la importancia de mantener una buena calidad de agua en estas fuentes. Se estima que menos del 40% del agua recibe desinfección en las áreas urbanas y menos del 15% en el área rural<sup>34</sup>.

<sup>33</sup> MSPAS-OPS (2003).

<sup>34</sup> Ídem

Por otro lado, la estación seca (noviembre a abril de cada año), provoca una baja considerable en los caudales de las fuentes de agua y por lo tanto, en la cantidad de agua disponible en las redes de distribución. Es importante mencionar que sólo un 4% de las municipalidades aplican algún tratamiento a las aguas residuales, mientras que el resto es vertido en los cuerpos de agua, principalmente ríos.

En ríos como el Motagua y Villalobos y el Lago de Amatitlán se han detectado altos niveles de plaguicidas y órgano clorados. Por otro lado, se ha estado afectando la cantidad de agua en los cuerpos de agua, principalmente por el deterioro de las zonas de recarga y por la derivación de caudales para riego.<sup>35</sup>

En cuanto a la calidad del aire, es importante considerar la contaminación por emanaciones industriales, emisión de gases en los escapes de vehículos automotores, las emanaciones de los basureros y el uso de sustancias químicas para fumigación. En los hogares rurales también es una fuente importante de contaminación del aire el uso de leña para cocinar y las rozas, que contaminan de humo y son un riesgo importante de incendios forestales.

A nivel nacional, la ciudad de Guatemala es el único sitio donde se reportan datos de los principales contaminantes que afectan al ambiente y a la salud humana. Los informes anuales de 1994 a 2004 del Laboratorio de Monitoreo del Aire de la USAC, evidencian que las Partículas Totales Suspendidas (PTS) y su fracción respirable y Partículas Menores a 10 Micras (PM10), son los contaminantes más problemáticos en la ciudad de Guatemala, en virtud que sobrepasan significativamente los límites permitidos en la mayoría de los años analizados. Se sabe que estos contaminantes afectan las vías respiratorias, aumentan la susceptibilidad al asma y resfriados, agudizan enfermedades cardiovasculares y provocan cáncer en los pulmones.<sup>36</sup>

<sup>35</sup> Ídem

<sup>36</sup> IARNA-URL (2006).



Las concentraciones del dióxido de nitrógeno (NO<sub>2</sub>) se han mantenido cercanos al valor máximo permitido de 40 µg/m<sup>3</sup>, después de que en el quinquenio anterior se había registrado en los niveles superiores al permisible. Sin embargo, se reconoce que el dióxido de nitrógeno incrementa la susceptibilidad a infecciones respiratorias y afecta a las personas asmáticas.

Estas condiciones de la calidad del aire en la ciudad de Guatemala afectan en mayor grado a los sectores más vulnerables de la población: personas que padecen enfermedades pulmonares o cardíacas crónicas, embarazadas, ancianos y niños. Otro sector vulnerable son las personas que trabajan diariamente en la calle y están expuestas a los diversos contaminantes, como agentes policíclicos, los vendedores ambulantes, pilotos de buses y taxistas, entre otros.<sup>37</sup>

En cuanto a los agroquímicos, las sustancias químicas utilizadas como fertilizantes y para fumigación alteran tanto la calidad del aire, como la de los suelos y los cuerpos de agua, teniendo efectos nocivos en la salud de la población. En el año 2001, en 9 de las 26 Áreas de Salud, se reportaron un total de 959 casos de intoxicación y 127 defunciones por plaguicidas. Las sustancias más utilizadas son órgano fosforados (48%) y carbamatos (15%)<sup>38</sup>

Un elemento vinculado al deterioro ambiental es el incremento a la vulnerabilidad ante los desastres. En Guatemala, el 80% de los fenómenos de este tipo tienen su origen en las precipitaciones y las características y estado de las tierras y el suelo (basta recordar los daños del huracán Mitch y la tormenta tropical Stan). Además de los fenómenos hidrometeorológicos, Guatemala también registra fenómenos de geodinámica tales como temblores y terremotos. En este sentido, los registros del INSIVUMEH reportan un incremento significativo en el número de

sismos en el país. De un número de 414 en el 2000 se ha incrementado a 1.041 en el 2004. Este tipo de fenómenos también incrementan la posibilidad de ocurrencia de derrumbes y deslizamientos.<sup>39</sup>

Otro elemento que es muy importante al considerar cómo el contexto ambiental incide en la situación de salud, es la disposición final de los desechos sólidos. En este sentido, en varios municipios del país se depositan los desechos en lugares que provocan contaminación, pues lo hacen en barrancos o en ríos. Existen al menos 166 municipios a nivel nacional que depositan residuos sólidos en barrancos, lo que equivale al 50%. El 15% de la totalidad de municipios a nivel nacional depositan sus desechos directamente en ríos, es decir alrededor de 50 municipios<sup>40</sup>.

Los departamentos que presentan altos porcentajes de municipios que vierten sus desechos en barrancos son: San Marcos, Sacatepéquez y El Progreso. Sólo en el departamento de San Marcos ocho municipios provocan contaminación directa a ríos y 21 municipios más depositan los desechos sólidos en barrancos, contribuyendo así a la contaminación hídrica durante todo el año y convirtiéndose en el departamento con mayor problemática y carencia de manejo de desechos sólidos a nivel nacional.

Como ejemplos de la disposición de desechos en fuentes de agua sobresalen los casos de San Pedro Carchá y San Juan Chamelco –en Alta Verapaz–, el botadero en Puerto de San José, Escuintla, y los municipios de San Marcos y San Pedro, en San Marcos. En este último caso, resaltan los casos de contaminación en el río Agua Tibia que recibe aproximadamente el 70% de los residuos sólidos de ambas cabeceras municipales.<sup>41</sup>

<sup>39</sup> IARNA-URL (2006).

<sup>40</sup> Ídem

<sup>41</sup> Ídem

<sup>37</sup> Ídem

<sup>38</sup> MSPAS-OPS (2003).







Los desechos sólidos hospitalarios también son una fuente de contaminación ambiental con graves implicaciones para la salud. Aunque en el 2001 se aprobó el Reglamento para el Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios, la aplicación del mismo se ha limitado al área metropolitana. En el interior del país estos residuos siguen siendo depositados en los vertederos municipales, incluidos los desechos hospitalarios clasificados como peligrosos y bio-infecciosos. Otra forma de disposición final de estos desechos es enterrándolos en los patios traseros de los centros de salud. Por otra parte, los hospitales no cuentan con plantas de tratamiento de agua, lo que hace que todo el lavado de materiales, uso de agua de los baños y cualquier sustancia líquida vertida termine finalmente en los desagües.<sup>42</sup>

### *Implicaciones*

Tanto el perfil demográfico, como el epidemiológico, la situación y transición alimentaria y nutricional y la situación medioambiental, configuran realidades para el sistema de salud que no pueden ser eludidas.

En primer lugar, la configuración de la estructura y dinámica poblacional ha cambiado de tal manera que los servicios de salud, intencionados para atender principalmente las necesidades en la salud de los niños y las madres, necesita repensarse, a la luz de la evidencia. Si bien la atención de niños y madres no sólo debe mantenerse sino profundizarse, el país cuenta de manera creciente, con un gran contingente de adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores, quienes tienen sus problemas particulares; ignorar o postergar la atención de esos problemas, únicamente magnificará los problemas de salud a niveles mucho más complejos e impactará de manera negativa el desarrollo del país.

Las niñas que se convertirán en adolescentes en riesgo de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual ya están

entre nosotros; los adolescentes que serán jefes de hogar y enfrentarán la paternidad con pocas posibilidades de encontrar un empleo adecuado ya están presionando el mercado laboral o emigrando fuera del país; la violencia, junto con los problemas infecciosos y transmisibles ya están diezmando a los jóvenes; los adultos que con su trabajo y recursos deben proteger a los miembros de su familia menores de 15 años y mayores de 60 llegan a esa situación en condiciones de precariedad educacional y económica, a lo que se suma la creciente ocurrencia de enfermedades crónicas y degenerativas que, en la precaria situación económica de la mayoría de guatemaltecos, se convierten en problemas catastróficos; los adultos y adultas mayores, jubilados en una minoría y en una gran proporción expulsados del mercado laboral, enfrentan sus problemas sin un sistema previsional que los proteja; y aunque se han ganado varios años de esperanza de vida, la calidad de esos años es precaria.

Los problemas relacionados a la mala alimentación y sub alimentación tienen dimensiones epidémicas y tienden a crecer; la violencia, el alcoholismo, las adicciones, el cáncer, los problemas cardiovasculares y la diabetes tienden a aumentar de manera acelerada y afectan a grandes segmentos de la población, generándose nuevas demandas de servicios y frenando los esfuerzos nacionales de desarrollo.

A pesar que muchos de los problemas son evitables, una gran parte de la población continúa sin acceso a agua apta para el consumo humano, expuestos a ambientes insalubres, sin acceso a espacios de recreación; el sedentarismo se ha apoderado de la vida urbana, la publicidad del tabaco, licores y alimentos generadores de enfermedades invade los espacios de comunicación masiva y el sistema de salud aún no da muestras de articulación para enfrentar estos grandes desafíos. En el siguiente capítulo se hace un examen de esta situación.

<sup>42</sup> CONADES (2005).



## Capítulo II



Ante los desafíos, ¿cuáles son las capacidades de resolución y acción con las que cuenta el sistema de salud?

El término “sistema de salud” evoca una compleja red de actores sociales y políticos, sus relaciones, vinculaciones y sus productos sistémicos, es decir, aquellos que se logran sólo mediante la conjunción de dichas relaciones entre actores. El sistema de salud tiene al Estado como el mediador colectivo y el que ejerce el control sobre el sistema; la población y las instituciones prestadoras de servicios, tanto públicas como privadas, junto con la autoridad sanitaria nacional –en este caso el MSPAS– forman el eje central del sistema. Las instituciones y organizaciones generadoras de recursos humanos, tecnológicos y de información, junto con otros sectores del Estado y del sector económico, se integran con este eje central para formar el sistema de salud el cual, por lo tanto, es de naturaleza intersectorial y compleja.

En este esquema, si bien todas las organizaciones y sectores participan y aportan para la generación social de la salud, algunos lo hacen de manera complementaria. Es el llamado “sector salud” el que se responsabiliza de manera directa y tiene como mandato la salud de la población, tarea que va más allá de la mera prestación de servicios y se adentra en asegurar que el nivel de salud de los ciudadanos no enfrente desigualdades sistemáticas producidas por la estratificación socioeconómica y demográfica.

Partiendo de los problemas y desafíos que enfrenta el sistema de salud, en este capítulo se examinan las capacidades del sistema para resolverlos, considerando tres dimensiones: la primera se refiere a la manera en cómo está estructurado el sistema y las relaciones dinámicas que guardan sus componentes, examinando para esto las macro funciones del sistema de salud (rectoría, financiamiento, prestación de servicios y generación de recursos); la segunda se refiere a una dimensión más cualitativa, examina las mentalidades institucionales y las visiones de futuro de los actores. Una última e importante dimensión, examina uno de los elementos constitutivos del sistema de salud que generalmente queda fuera de los análisis más convencionales: la población, pero no en sus características demográficas, sino en sus relaciones con el sistema como usuaria o no de los servicios de salud, explorando la manera como desarrolla sus propias prácticas de salud y se vincula con la oferta de servicios para atender sus problemas de salud.

### Estructura, funciones y desempeño del sector salud

A lo largo de la historia, el sector salud en Guatemala se ha venido integrando por diversos prestadores de servicios médicos





y hospitalarios, los cuales operan conforme intereses particulares y lógicas distintas. En la actualidad, el sector salud está conformado por un sub sector público y uno privado. Dentro del primero se cuenta al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), sanidad militar, algunas municipalidades y pequeños programas de salud de algunas instituciones del Estado. Dentro del subsector privado se distinguen el sub sector no lucrativo y el lucrativo. El primero está integrado por organizaciones no gubernamentales que prestan servicios de salud, algunas en relación con el MSPAS y otras de manera independiente. El sub sector privado lucrativo está conformado por clínicas y hospitales privados, laboratorios y centros diagnósticos, empresas de seguros y pre-pagos y empresas comercializadoras de tecnología, equipo y medicamentos.

En Guatemala la medicina popular y tradicional forma parte del sector salud, aun cuando no es del todo reconocida como tal. En este sentido, no existe consenso si debe considerarse como un sub sector o como una variante o componente del sector privado lucrativo, ya que sus terapeutas operan bajo una lógica de intercambio comercial distinta, en mecanismos y en significados, a la utilizada por los terapeutas de la biomedicina.

Existen en Guatemala otros prestadores de servicios de salud agrupados en la llamada medicina alternativa, la que incluye a los terapeutas que basan sus prácticas en la medicina avryuvédica, la acupuntura, la homeopatía, la aromaterapia, entre otras. Al igual que la medicina popular y tradicional, estos terapeutas no son reconocidos oficialmente, pero participan en proveer servicios a quienes los requieren.

El sector salud, por medio de sus distintos actores, desarrolla cuatro funciones o macro

funciones: la regulación-rectoría, que es responsabilidad del Estado y se ejerce por el MSPAS en el caso de Guatemala; el financiamiento de la salud, que proviene de fuentes públicas y privadas; la prestación de servicios, función que es ejercida por los sub sectores público y privado; y la generación de recursos humanos, tecnológicos y de información que, al igual que las funciones anteriores, se desarrolla por los sub sectores público y privado.

A continuación, se examina cómo el sector salud guatemalteco desarrolla estas cuatro macro funciones.

*Rectoría: ¿quién toma las decisiones en el sector salud?*

El MSPAS es, en el plano formal, el rector de la salud del país; es decir que se espera que asuma las funciones necesarias para coordinar los recursos nacionales y multisectoriales, con el objetivo de mejorar la salud de la población con equidad y contribuir al bienestar social. Esta rectoría implica la capacidad técnica y política para regular y conducir a los otros actores del sector, los instrumentos jurídicos apropiados, los recursos financieros necesarios y además, supone una visión clara de lo que debe hacerse colectivamente para el logro del objetivo del sector.

Desde una perspectiva histórica, el MSPAS ha mostrado grandes debilidades en su función rectora. Si bien ha existido un marco legal que identifica claramente las funciones de rectoría sobre todo el sector salud, en la práctica ésta se ha circunscrito a su autorregulación, sin lograr tener una incidencia real en las otras instituciones públicas de salud como el IGSS y mucho menos hacia el sub sector privado de salud.

A lo anterior hay que agregar que dentro del propio MSPAS se han implementado programas que afectan su propia capacidad

interna de rectoría. Por ejemplo, en el año 1996 da inicio el programa de extensión de cobertura, impulsado y financiado por el BID. Esta iniciativa se enmarcó en el programa de mejoramiento de servicios de salud y logró adquirir una gran relevancia dentro del MSPAS, a tal punto que adquirió un importante grado de autonomía en la planeación, diseño de las acciones, elaboración y ejecución presupuestaria y operación; todo esto al margen de los mecanismos administrativos normales del Ministerio. Esta autonomía se vio reforzada por el hecho que la rendición de cuentas se hace hacia el donante en primera instancia y luego a las autoridades ministeriales, además de que las contrataciones de personal y escalas salariales son independientes de los procesos regulares del MSPAS.<sup>43</sup>

Con respecto a la regulación que ejerce sobre los prestadores privados de servicios y proveedores de insumos y tecnología, ésta ha estado matizada por el tipo de relación que se ha establecido, pues lejos de ser una regulación sobre la calidad o características de lo proveído, ha sido de tipo comercial, donde la regulación es sobre los montos, gastos y demás variables consideradas en este tipo de transacciones. Lo anterior es necesario, pero insuficiente para garantizar que el servicio o el insumo estén contribuyendo a la salud de los guatemaltecos.

En cuanto a las posibilidades de que el MSPAS ejerza su función rectora sobre el IGSS, pareciera favorable el hecho que es el Gobierno central el que nombra a las autoridades de salud y al presidente de la Junta Directiva de la institución. Se esperaría que esta situación favoreciera la coordinación de las acciones y que se posibilitara el desarrollo de objetivos comunes. El hecho es que el MSPAS y el IGSS a pesar de este factor, continúan trabajando de forma descoordinada y aislada (con excepción del programa de extensión de cobertura

de Escuintla<sup>44</sup>), no comparten sistemas de información, sus fuentes de financiamiento son distintas, entre otras cosas.

Una muestra de la falta de coincidencia en intereses y objetivos entre el Gobierno Central y el IGSS es el creciente adeudo que el Estado mantiene con la institución. A pesar que durante el período anterior de gobierno (2004-2008) se hicieron algunos pagos a esta deuda, solamente en el año 2006 la deuda se incrementó en 1.350 millones de quetzales y para el mes de junio 2007, se le han agregado 850 millones más. Todo esto contribuye al acumulado que el Estado le adeuda al IGSS como Estado y como patrono; cifra que llega a 12.500 millones de quetzales para agosto del 2007 <sup>45</sup>.

Entre las causas de la debilidad del Ministerio en su función reguladora se cuenta la debilidad del Estado en su conjunto. El período de la democracia liberal, inaugurado con las elecciones de 1985, surge con cuatro rasgos relevantes: i) la debilidad fiscal del Gobierno; ii) la emergencia, sin intermediarios, de los actores empresariales, que logran canalizar sus intereses económicos y mercantiles mediante la utilización del aparato público; iii) la contracción del tamaño y funciones del Estado; y iv) la orientación de las políticas del Estado a privilegiar la agenda económica sobre la agenda social<sup>46</sup>. Esta situación revela que a la debilidad técnica y política del MSPAS para ejercer su función rectora del sector se le suma la debilidad financiera del Estado, la cual se refleja en el presupuesto destinado a salud. En los apartados posteriores se abordará la baja inversión pública resultante, el limitado

<sup>44</sup> En 1998 se inició un proyecto conjunto entre el IGSS y el MSPAS para la extensión de cobertura de atención primaria; las razones de hacerlo radican en que casi el 60% de los habitantes de Escuintla estaban cubiertos por el IGSS y esta última institución había desarrollado desde 1992 un programa de extensión de cobertura. Este proyecto este en evaluación en la actualidad.

<sup>45</sup> Datos obtenidos en comunicación directa con el departamento de recaudación del IGSS en agosto 2007

<sup>46</sup> Gutiérrez E. (2006).

<sup>43</sup> Flores W. (2007).



presupuesto ministerial y su relación con la rectoría, así como la falta de una visión de largo plazo a consecuencia de los relevos técnicos dentro del Ministerio y el clientelismo político.

*Financiamiento: ¿quién paga la salud, qué mecanismos utiliza y qué compra?*

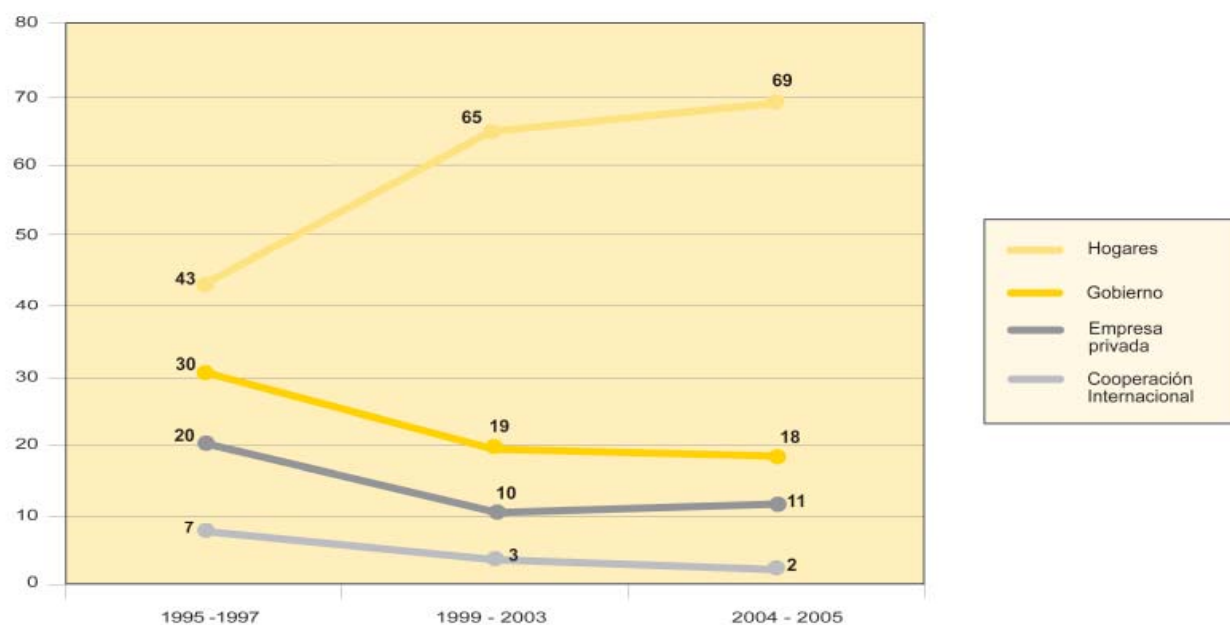
#### Las fuentes

Las fuentes consideradas en el análisis son: los hogares, las empresas, el Gobierno y la cooperación internacional.

inicio del período, creció hasta llegar a 69% en el año 2005. La participación de las empresas y la cooperación internacional han mostrado un comportamiento similar al del Gobierno, pues ambas han disminuido su porcentaje de manera significativa. Como resultado del proceso anterior, en 10 años, el sistema de salud ha pasado de ser un sistema financiado principalmente por fondos provenientes del Gobierno, las empresas privadas y la cooperación internacional, a ser financiado en su mayoría por los fondos provenientes de los hogares.

**Gráfica 33**

Participación conceptual de las fuentes de financiamiento en la salud



Fuente: Construcción propia con datos de las cuentas nacionales de salud

Como se muestra en la gráfica anterior, el comportamiento de las fuentes de financiamiento de la salud, en el período comprendido entre el año 1995 y el 2005, ha sido por demás dinámico y cambiante. Los datos muestran cómo la participación del Gobierno al inicio del período era del 30%, descendiendo hasta el 18% en el 2005. Caso contrario ha ocurrido con la participación de los hogares, pues desde un importante 43% de participación al

Los fondos del Gobierno provienen de impuestos indirectos que son de tipo regresivo<sup>47</sup>, mientras que los fondos de las empresas son –en su mayoría– producto de las contribuciones al IGSS. Los recursos provenientes de impuestos son captados por el Ministerio de Finanzas Públicas y trasladados en forma anual a las diferentes instituciones públicas que prestan servicios de salud (MSPAS, Sanidad Militar,

<sup>47</sup> OPS (2001).





Ministerio de Gobernación –hospital de la PNC).

Los montos trasladados se basan en los presupuestos que las instituciones elaboran. En el caso del MSPAS la configuración del presupuesto se basa, al parecer, en los presupuestos anteriores; ya que existe una notoria correspondencia en los presupuestos de 1999 al 2006 en cuanto al contenido de los rubros presupuestarios, aunque los montos pueden variar. Así mismo, los objetivos del Ministerio vinculados al presupuesto no siempre tienen correspondencia con lo expresado en los rubros presupuestarios y sus montos.<sup>48</sup> A partir del año 2006, el presupuesto del MSPAS se elabora con vigencia para tres años, lo que implica que el margen de maniobra (o respuesta) queda restringido para ese período.

El IGSS por su lado, capta sus recursos directamente de las contribuciones obligatorias de patronos y trabajadores asalariados. La contribución es proporcional al salario y se realiza en forma mensual<sup>49</sup>. Es importante notar que la totalidad de servicios prestados por el IGSS no están disponibles en todo el territorio nacional, por lo que las tasas contributivas varían entre los diferentes departamentos del país. El Estado hace dos tipos de aporte: como Estado y como patrono. Como se mencionó con

<sup>48</sup> Al revisar los presupuestos del MSPAS, de 1999 al año 2006 en el sitio Web del Ministerio de Finanzas, [www.minfin.gog.gt](http://www.minfin.gog.gt) se observa que existen muy pocos cambios en cuanto a los contenidos de los distintos rubros presupuestarios, no así en los objetivos del Ministerio que encabezan el documento del presupuesto; sin embargo, al buscar coincidencias entre estos objetivos y las asignaciones no siempre se encuentra la correspondencia. Existen excepciones como en el caso del año 2001 cuando se presupuestó de manera específica para la epidemia de cólera; sin embargo, en ese mismo año y hasta el 2004, surgen como objetivos del Ministerio, el atender a las poblaciones de migrantes, a la mujer y a los adultos mayores; no obstante, esto no se refleja en los rubros presupuestarios.

<sup>49</sup> Los trabajadores que cotizan para los programas de accidentes e IVS pagan el 3% de su salario; los trabajadores que además cotizan al programa de enfermedad común cotizan el 3.85% de su salario; los patronos pagan el 7% del monto del salario de cada trabajador.

anterioridad, este aporte ha sido incumplido y en la actualidad el Estado ha acumulado una deuda de 12.000 millones de quetzales a junio 2007. Así mismo, las empresas privadas y las municipalidades del país mantienen un adeudo con el IGSS del orden de los 534 millones y 331 millones de quetzales respectivamente a junio del 2007<sup>50</sup>.

La captación de los fondos de los hogares se hace directamente del bolsillo durante uso de los servicios y pago por primas de aseguramiento. Es importante notar que aun los establecimientos públicos captan recursos de bolsillo de la población por dos mecanismos vinculados a las políticas implantadas de recuperación de costos: por un lado, mediante los “donativos” exigidos por los patronatos de los hospitales; y por otro lado, mediante la solicitud de que los pacientes lleven sus propios insumos (medicamentos, jeringas etc.).<sup>51</sup>

#### *El gasto en salud:*

La dinámica del financiamiento de la salud implica no sólo considerar las fuentes, sino el gasto. Este se aborda de diferentes maneras, pero generalmente se hace en referencia al PIB y a partir de este dato se realizan distintas desagregaciones.

El gasto total de salud en Guatemala muestra una tendencia hacia el aumento. Durante el período 1995-2003, el gasto total en salud creció en más de 5 veces (de 1.901 millones a 10.645 millones). En la Gráfica No. 34 se observa que el porcentaje del gasto en salud en 1999 era de 4.3% del PIB y se incrementó a 5.1% en el año 2005. Este gasto es ejecutado por agentes privados y públicos.

El gasto público se ha contraído progresivamente y en la actualidad es del orden del 36% del gasto total en salud (en 1999 era 40%). Durante el período 1999-2003, del gasto

<sup>50</sup> Datos proporcionados en el departamento de recaudación del IGSS en agosto 2007.

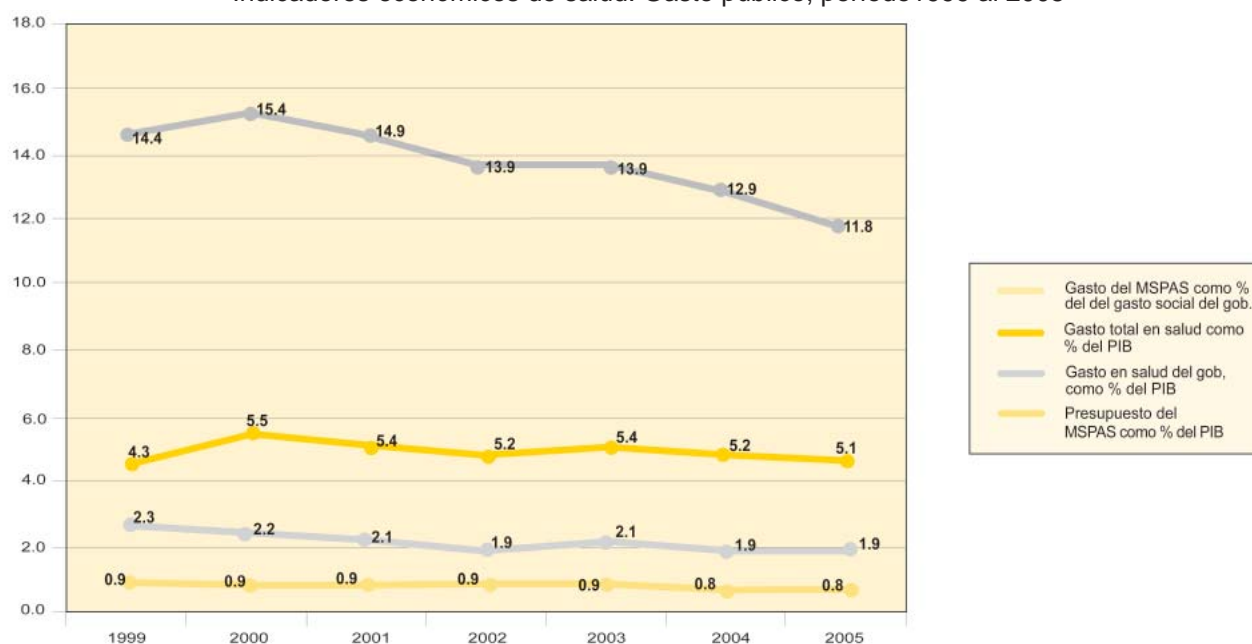
<sup>51</sup> Flores (2007).





**Gráfica 34**

Indicadores económicos de salud. Gasto público, período 1999 al 2005



Fuente: construcción propia con datos de las cuentas nacionales de salud

en salud ejecutado por instituciones públicas, más de la mitad lo hizo el IGSS (54%). El porcentaje restante (46%) lo ejecutó en su mayoría el MSPAS (94%), lo que indica que la participación en la ejecución de fondos públicos de salud recae en su gran mayoría en el IGSS y el MSPAS. El primero con su 54%, atiende a menos del 20% de la población.

El Gobierno ha reducido su gasto en salud de 2.3% del PIB en 1999 a 1.9% en el año 2005 (cada vez más lejano del 3.4% promedio de América Latina).<sup>52</sup> El MSPAS, aún siendo el representante del Estado y responsable constitucionalmente de garantizar la salud de los y las guatemaltecas, ha sufrido contracciones en sus asignaciones presupuestarias. Como puede verse en la Gráfica No. 34, la participación del MSPAS en el gasto social del Gobierno también ha disminuido desde 14.4% a 11.8% en el mismo período. Según se muestra, en el año 2005 el presupuesto del Ministerio representa el 0.8% del PIB; sin embargo, habrá que reconsiderar

este dato a la luz del incremento presupuestario para el MSPAS para el año 2008<sup>53</sup>.

La asignación de recursos financieros a las unidades ejecutoras del MSPAS se realiza a través de las necesidades de financiamiento identificadas en el “Plan Operativo Anual”. Sin embargo, el diseño del plan operativo se hace tomando en cuenta aspectos históricos de producción de servicios en los distintos programas del Ministerio<sup>54</sup>, y no los perfiles diferenciados y dinámicos de enfermedad, muerte y riesgo que conciernen a los programas<sup>55</sup>. Una vez se han diseñado los

<sup>53</sup> Si se utilizaran precios corrientes y estimaciones del PIB del Banco de Guatemala para el 2007, el presupuesto asignado para el 2008 equivaldría al 1.04% del PIB, lo cual, a pesar de ser un estimado muy rudimentario, permite ver un crecimiento aún precario.

<sup>54</sup> Los programas del MSPAS se han desarrollado de manera desordenada siguiendo distintas lógicas; algunos se basan en enfermedades (tuberculosos, VIH, malaria); otros en grupos de edad (materno, infantil adolescente, adulto mayor); otros por estrategia (extensión de cobertura); otros por intervención (inmunizaciones).

<sup>55</sup> Esta situación parece estar cambiando pues durante el mes de julio 2007 se entregaron por parte del nivel central, a las áreas de salud, los planes diferenciados para la reducción de la muerte materna.



planes operativos, se trasladan a las oficinas financieras centrales donde se hacen los ajustes al presupuesto en función a la disponibilidad de recursos asignados por el Ministerio de Finanzas. En resumen, no se tiene definida una fórmula para la asignación de recursos (que tome en cuenta necesidades y demandas de la población a ser atendida con ajustes por pobreza y/o ruralidad), sino la asignación por técnicos de presupuesto en función de asignaciones históricas las cuales, desde la perspectiva territorial, se asignan donde existe la infraestructura.

La asignación de recursos para los servicios contratados, como es el caso del IGSS, se realiza a través de estudios de mercado donde se establecen aranceles de los precios y se asigna a las unidades ejecutoras de acuerdo a unidades de producción, determinando un costo per cápita por cada caso.

El MSPAS, a través del programa de extensión de cobertura, realiza una asignación de recursos a diferentes ONG's, de acuerdo a las

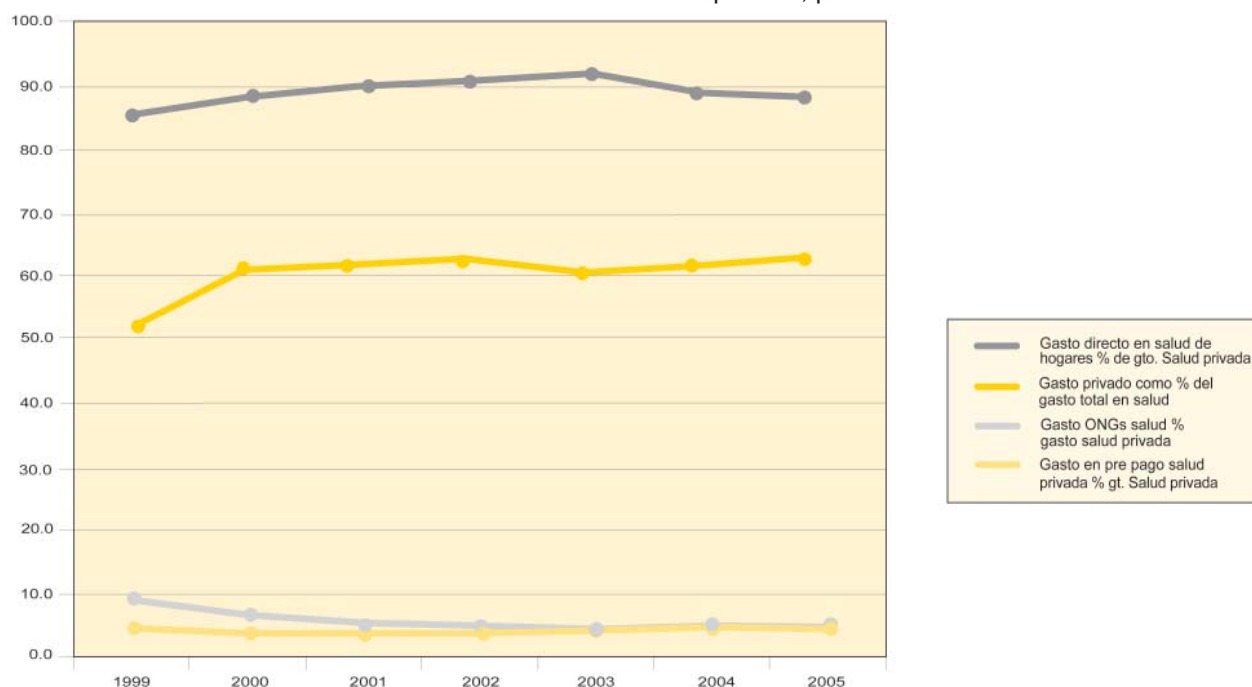
jurisdicciones asignadas (10.000 personas), en las cuales se realizan las mismas intervenciones en todo el territorio nacional

Del gasto total en salud, al gasto privado le corresponde el 64% y, como se muestra en la Gráfica No. 35, del año 1999 al 2005 éste sufrió un incremento de 13 puntos porcentuales. Del gasto privado, el correspondiente a los hogares es el que ha tenido los mayores incrementos. En 1999 correspondía al 85% del gasto privado total y en el 2005 al 89%. Los gastos privados que corresponden a las ONG's han disminuido de 9% a 5.3% en el mismo período; mientras que el correspondiente a seguros y otros sistemas privados de pre pagos en salud han sufrido un leve incremento desde 5.4% a 5.6%.

Los datos revelan que el gasto directo del bolsillo de los ciudadanos es el que en realidad financia el gasto en salud; además, esto exhibe una tendencia al aumento a la par de una sostenida contracción del gasto público. Es decir, el sistema de salud ha sufrido una virtual privatización.

**Gráfica 35**

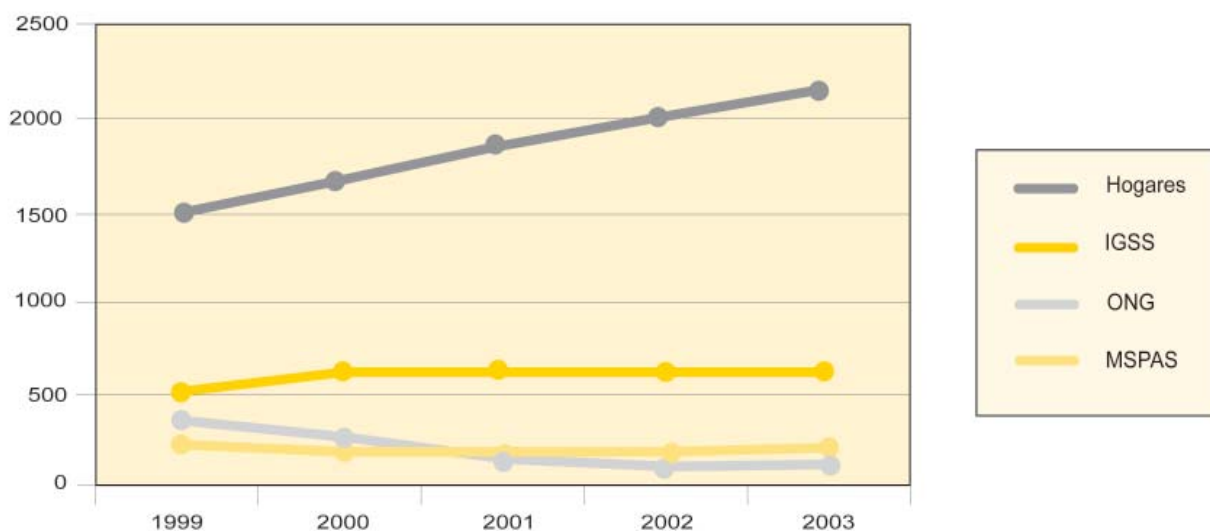
Indicadores económicos de salud. Gasto privado, período 1999 al 2005



Fuente: Construcción propia con datos de las cuentas nacionales en salud



**Gráfica 36**  
Gasto en medicamentos 1999 - 2003



Fuente: Construcción propia con datos de las cuentas nacionales en salud

Ahora, conviene conocer en qué se gastan los fondos para la salud. De acuerdo a la información disponible, el 73% de los gastos de bolsillo en salud se destinan para la compra de medicamentos, exámenes y consultas. En el área urbana, el gasto se distribuye en forma proporcional entre consultas, exámenes, medicamentos y encamamiento hospitalario; mientras que el área rural se utiliza más del 73% de todos los recursos para medicamentos, 11% para consultas, 8% exámenes y 3% para encamamiento.<sup>56</sup>

Se estima que en el año 2003 se gastaron más de 3 mil millones de quetzales en medicamentos (MSPAS 2005). La cifra anterior indica que la factura anual de medicamentos representa alrededor del 30% de todo el gasto en salud. Un 70% de todo el gasto en medicamentos es realizado por los hogares, mientras que el IGSS lo hace en un 21%, el MSPAS 5% y las ONG's 4%.

Como puede apreciarse en la gráfica anterior, durante el período 1999-2003, el gasto en medicamentos por los hogares se incrementó considerablemente (9.5% anual), siendo el único que lo hizo en forma constante. El gasto por los demás compradores (IGSS, MSPAS y ONG's) tuvo fluctuaciones durante dicho período y no creció. El incremento en el gasto de medicamentos por los hogares obedeció a que el valor del mercado farmacéutico privado tuvo una tendencia al alza, mientras que las unidades de medicamentos dispensadas tuvieron una tendencia hacia la baja<sup>57</sup>. Lo anterior sugiere que el aumento constante en la factura de medicamentos responde a un aumento en el precio y no a un mayor acceso de la población hacia los mismos.

El MSPAS creó en el año 1997, el Programa de Accesibilidad a los Medicamentos (PROAM), el cual funciona a través de una red de ventas sociales de medicamentos y botiquines comunitarios, los cuales se benefician de los precios ofrecidos al MSPAS y el IGSS en el

<sup>56</sup> Flores (2007).

<sup>57</sup> Barillas (2005).



contrato abierto. Las ventas sociales venden medicamentos a un precio inferior al del mercado (hasta 6 veces menor que en una farmacia privada), a partir de un listado que incluye aquellos medicamentos de mayor uso en la población.

A pesar de que no existen estudios evaluativos sobre el impacto del PROAM sobre el acceso de la población a medicamentos, indicadores indirectos estiman que la red de ventas sociales y botiquines ha mejorado el acceso de la población a medicamentos de bajo costo.<sup>58</sup> Sin embargo, si se toma en cuenta que la venta de medicamentos a través de la red afiliada al PROAM no supera los 30 millones de quetzales por año, es posible concluir que el impacto sobre la factura global de medicamentos es mínimo, ya que dicha cantidad no representa ni el 1% de la factura total de medicamentos pagada por los hogares (más de 2 mil millones de quetzales por año).

Otro rubro del gasto en salud que se debe considerar es el aseguramiento. La cobertura de aseguramiento es extremadamente baja en Guatemala. La Encuesta de Condiciones de Vida (ENCOVI) del año 2000 estimó en un 11% la población que tiene cobertura de aseguramiento, ya sea a través del IGSS o privado.<sup>59</sup> La mayoría de las personas que poseen aseguramiento se encuentran en los dos quintiles de mayor riqueza y son predominantemente urbanas. Entre el 40% más pobre de la población (Q1 y Q2), únicamente 5% de la población cuenta con algún tipo de aseguramiento.<sup>60</sup>

Aún cuando ha habido un aumento en la población económicamente activa (PEA) afiliada al IGSS durante los últimos 10 años, este aumento no ha sido al ritmo del crecimiento global de la PEA; por tanto, durante el período 1995-2005, el porcentaje de PEA afiliada, según

estimaciones nominales del IGSS, ha decaído en forma constante (de 33% a 25%). Esta reducción en la afiliación sucede principalmente debido al alto porcentaje de la población en el sector informal de la economía (75%), la cual no es sujeto de afiliación al IGSS.

Es importante notar que aun y cuando el marco legal define al IGSS como universal y obligatorio, existen barreras de ingreso al subsistema. Por ejemplo, pequeñas empresas con menos de 5 trabajadores no pueden afiliarse, tampoco trabajadores por cuenta propia y aquellos trabajadores que residen en departamentos donde existen servicios limitados del IGSS<sup>61</sup>. Lo anterior es relevante si se toma en cuenta que la población trabajadora no cubierta puede llegar a realizar gastos de bolsillo por servicios de salud en una cantidad similar o mayor a la cuota anual que pagan los trabajadores afiliados al IGSS<sup>62</sup>.

#### *Las razones del bajo gasto público*

Uno de los argumentos más fuertes para explicar la baja inversión pública en salud es que Guatemala posee una de las cargas fiscales más bajas de toda América Latina y el Caribe. Aún cuando ha crecido paulatinamente en relación al PIB (de 7% en 1990 a 10.6 en 2002), dicho crecimiento ha sido insuficiente para alcanzar la meta de 12% planteada en los Acuerdos de Paz<sup>63</sup>.

Una baja carga impositiva tiene repercusiones directas para financiar el gasto social, incluyendo el gasto público en el sistema de salud.

Un problema agregado a la baja carga impositiva es la evasión tributaria. Se ha estimado que la evasión tributaria fue del 40% de la recaudación potencial en el período 1996-2001<sup>64</sup>. Las reformas tributarias realizadas en

<sup>58</sup> Ídem

<sup>59</sup> Gagnolati & Marini (2003).

<sup>60</sup> Ídem

<sup>61</sup> OPS (2001).

<sup>62</sup> Barillas y cols. (2000).

<sup>63</sup> Cely y cols. (2003).

<sup>64</sup> Schenone y Torres (2003).





los años 2001 y 2002 no lograron un mayor impacto en la recaudación ya que el aumento fue únicamente de 0.7 del PIB. Los factores anteriores hacen que la sostenibilidad tributaria, y por ende la sostenibilidad del gasto público, sean inciertos en Guatemala<sup>65</sup>.

Además de la baja tributación y la evasión, la baja inversión pública en salud parece tener una de sus causas en la baja prioridad que los distintos gabinetes ministeriales y autoridades financieras le dan a la salud, a juzgar por las asignaciones presupuestarias. Como se mencionó en los apartados anteriores, la debilidad crónica del Estado, los fuertes intereses corporativos, sumados a la baja capacidad de maniobra política de las autoridades de salud para la toma de decisiones, sirven el escenario para la baja inversión pública.

#### *Remesas y salud*

Con los bajos niveles de protección social en salud observados en Guatemala, es posible pensar que las crisis del sistema de salud debería ser mucho peor de lo que han sido hasta ahora. Una de las razones por lo que no ha empeorado es probablemente por el aumento del gasto de bolsillo que está asociado a las remesas familiares, las cuales han tenido un efecto significativo para paliar la reducción del gasto público en salud. La encuesta de remesas familiares para el año 2006, reveló que un 10% de todos los gastos que se hicieron a través de las remesas recibidas fue para gastos en salud. De estos, 98% fue para consumir servicios de salud (medicamentos, exámenes diagnósticos, honorarios médicos, hospitalizaciones) y únicamente 2% para pago de aseguramiento. En total, la cantidad gastada representa más de 283 millones de dólares por año, lo cual es superior al total del gasto en salud ejecutado por el MSPAS en el mismo año<sup>66</sup>.

En términos generales, se puede afirmar que el sistema de salud es financiado principalmente

por gastos directos del bolsillo de los y las guatemaltecas; que el Estado, lejos de avanzar en la función de garantizar el derecho a la salud de los ciudadanos, ha disminuido ostensiblemente sus gastos en este aspecto. También es posible afirmar que la compra-venta de medicamentos es uno de los aspectos que más peso tienen en el gasto en salud de los hogares y los proveedores de servicios.

#### *Prestación de servicios: las alternativas que la población tienen para resolver sus problemas de salud*

El sector salud oferta una amplia gama de servicios mediante distintos prestadores públicos y privados. En general, esta oferta responde de manera histórica a la estratificación social, económica y demográfica. El mayor prestador de servicios públicos es el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), seguido por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Los servicios prestados por el Ministerio están ubicados en todo el país, en centros urbanos, en áreas rurales y son de distintos grados de complejidad - que va desde cuidados básicos mediante paquetes de atención, hasta servicios de tercer nivel, es decir de alto grado de especialización. Todos son gratuitos, aunque en algunos hospitales aún se exige una "donación" para acceder a ciertos servicios. Generalmente, por el hecho de la gratuidad de los servicios y por la ubicación en lugares de alta ruralidad y postergación social, son las personas más pobres las que asisten a estos servicios.

El IGSS atiende a sus derechohabientes, los cuales acceden a los servicios mediante el pago de cuotas mensuales debitadas de su salario o por ser beneficiarios del programa de pensiones por vejez, discapacidad o por sobrevivencia (beneficiarios de un afiliado fallecido). El IGSS presta servicios exclusivamente a los trabajadores en situación de formalidad laboral y su distribución territorial sigue a la distribución de los centros de trabajo.

<sup>65</sup> Cely y cols. (2003), citado en Flores W. (2007).

<sup>66</sup> OIM (2006).



Las ONG's prestan servicios de salud bajo tres modalidades: i) como parte de las actividades regulares de la organización sin vinculación alguna con el Estado - por ejemplo clínicas parroquiales y clínicas vinculadas a ONG's internacionales- ii) como parte de las actividades regulares de la organización, pero con subsidios de parte del Estado canalizados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social - por ejemplo UNICAR, FUNDAERC, Obras sociales del Hermano Pedro, FUNDAORTO, entre otras- y iii) realizando convenios con el MSPAS para la prestación de servicios básicos de salud dentro del Programa de Extensión de Cobertura. Los servicios prestados por ONG's son generalmente de primer y segundo nivel y dedicados a la atención de personas en situación de pobreza.

El sub sector privado lucrativo, está integrado por clínicas y hospitales privados y, por generarse bajo una lógica de mercado, su distribución territorial obedece al mismo. El acceso a los servicios privados está en función de la capacidad de pago. Llama la atención que, sin importar cuán pobre se es, generalmente la primera opción de las personas para atender sus problemas de salud es la farmacia (donde se consulta) o la clínica privada.<sup>67</sup> Este último hecho sugiere que la capacidad de resolución de los servicios públicos no siempre es acorde con lo que las personas necesitan o perciben en materia de curar sus enfermedades. Además, explica en parte el incremento en los gastos de bolsillo para la atención de la salud; gasto que puede provenir de las remesas o convertirse en un gasto catastrófico para la economía familiar.

El hecho de que no existen límites claros sobre quién usa qué servicios, revela que entre los sub sectores que prestan servicios de salud existen una serie de transferencias de costos, así como duplicación de subsidios entre esquemas de aseguramiento y prestadores, los cuales ocasionan ineficiencias importantes. Además

del uso de servicios privados por los más pobres, es relevante el hecho que la población afiliada al IGSS utiliza hospitales privados en una misma proporción que los hospitales propios del IGSS y además, eventualmente, utilizan otros servicios públicos<sup>68</sup>. Esto ejemplifica que la población utiliza los servicios de una manera compleja en donde las principales variables son: los problemas que padece, la capacidad de resolución del servicio, la disponibilidad y, especialmente, la capacidad de pago.

#### *Infraestructura de servicios*

Para el año 2005, el MSPAS registró en el primer nivel de atención 1.244 centros de convergencia, 926 puestos de salud, 300 unidades mínimas ubicadas en áreas rurales. En el segundo nivel de atención hay 3 centros de atención integral materno infantil (CAIMI), 32 centros de salud tipo A, 249 tipo B, 16 maternidades cantorales, 3 clínicas periféricas y 32 centros integrados. El tercer nivel lo constituyen 43 hospitales, de los cuales 2 son de referencia nacional, 7 considerados especializados, 8 hospitales regionales, 16 departamentales, 5 distritales y 5 de contingencia. En total se cuenta con 6.030 camas hospitalarias de los hospitales del MSPAS.

El segundo proveedor de servicios de salud en el país es el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, que presta atención a trabajadores afiliados, esposas e hijos menores de cinco años, jubilados y pensionados por discapacidad o sobrevivencia. El tipo de servicio en los departamentos varía de acuerdo con la cobertura establecida, desde atención a accidentes a atención de tercer nivel, incluyendo maternidad y enfermedad común. Para ello cuenta con 145 Unidades Médicas ubicadas en los 22 departamentos del país con distinta capacidad de resolución y coberturas, 50% de estas unidades se encuentran en 6 departamentos, correspondiendo a las

<sup>67</sup> Garcés A. (2007).

<sup>68</sup> Ídem



categorías de: hospitales (23), consultorios (30), unidad integral (59) y el resto (33), distribuidos en puestos de salud, policlínicas, periféricas y centros de atención médica integral. El 74% de la población afiliada se encuentra en 3 departamentos del país: Guatemala (61%), Escuintla y Suchitepéquez. El total de servicios cuenta con 2.240 camas<sup>69</sup>.

Aunque no se cuenta con datos anteriores a 1995 que permitan documentar y cuantificar el crecimiento de la infraestructura de servicios privado de salud - a juzgar por las constantes y sostenidas inscripciones de clínicas y hospitales - se puede afirmar que éste es un sector con un importante grado de dinamismo, en cuanto al crecimiento de la oferta. Durante el período 1995-2004, se registraron 292 nuevos hospitales, mientras que un total de 2.614 nuevas clínicas privadas fueron registradas durante el período 1995-2006.

La red de nuevos laboratorios clínicos privados creció en 714 unidades durante el período 1996-2006. Aun cuando la expansión de la red privada de establecimientos se extendió en los 22 departamentos del país, el mayor crecimiento se dio en el departamento de Guatemala. Por ejemplo, el 58% de todas las nuevas clínicas privadas (período 1995-2006) se abrieron en dicho departamento.<sup>70</sup> En cuanto a la disponibilidad de camas hospitalarias, los registros del INE establecen que para el año 2004 existía una oferta de 2.802 camas en la red privada de servicios.

En cuanto al sub sector de medicina popular y tradicional, no hay datos nacionales que den cuenta de sus dimensiones y distribución; sin embargo, a manera de ejemplo, en un proyecto piloto de implementación de un nuevo modelo de atención del primer nivel en una comunidad rural de Sololá, se contabilizaron en una jurisdicción de 10.000 habitantes, cerca de 150

terapeutas tradicionales<sup>71</sup>. Estos terapeutas son parte de todo un sistema popular de atención del primer nivel que es desconocido e invisibilizado por el sistema oficial.

### *El modelo de atención de la salud*

Además de la infraestructura de servicios, es necesario hacer algunas consideraciones sobre el modelo de atención y los contenidos de los servicios ofrecidos. En términos generales, tanto en los servicios públicos como en los privados, prevalece un modelo basado en el pensamiento biomédico, el cual está basado en la atención que brindan proveedores reconocidos por la comunidad científica convencional y por el Estado, que han recibido entrenamiento y acreditación en instituciones académicas con cierto reconocimiento legal y en cuyas prácticas se incluye a los profesionales médicos, de enfermería y demás personal “paramédico” (farmacéuticos, laboratoristas, nutricionistas, psicólogos, trabajadores sociales, promotores de diversa índole, técnicos diversos) y administrativo (estadísticos, archiveros, de mantenimiento, oficinistas, de cocina, contadores, pilotos).

En este modelo, si bien se reconoce la existencia de otros abordajes distintos a la biomedicina, no son admitidos como efectivos y se tiende a invisibilizarlos. En un país como Guatemala, con tanta diversidad cultural y mayoría indígena, es posible que este modelo “occidental” de atención de la salud no sea del todo compatible con la cosmovisión y modelos alternativos que subyacen en la cotidianeidad.

En el MSPAS se ha desarrollado desde 1996 una modalidad de atención que busca atender a las poblaciones con mayor postergación y que se ha llamado Programa de Extensión de Cobertura. Este programa es el servicio público ofrecido a las personas de más bajos recursos económicos. Opera bajo una racionalidad de focalización de las acciones a través de la priorización de los

<sup>69</sup> Memoria de labores IGSS (2004), citado en Flores W. (2007).

<sup>70</sup> MSPAS, DRACES, citado en Flores W. (2007).

<sup>71</sup> *Medicus Mundi* Navarra



problemas de salud de la población en el nivel central del MSPAS. Los servicios se concretan en la provisión de paquetes básicos de atención dirigidos a mujeres en edad reproductiva y niños menores de 5 años en condiciones de extrema pobreza.

El paquete básico incluye intervenciones de prevención tales como las inmunizaciones, la consejería en salud reproductiva y tratamiento de complicaciones de diarrea y enfermedades respiratorias agudas

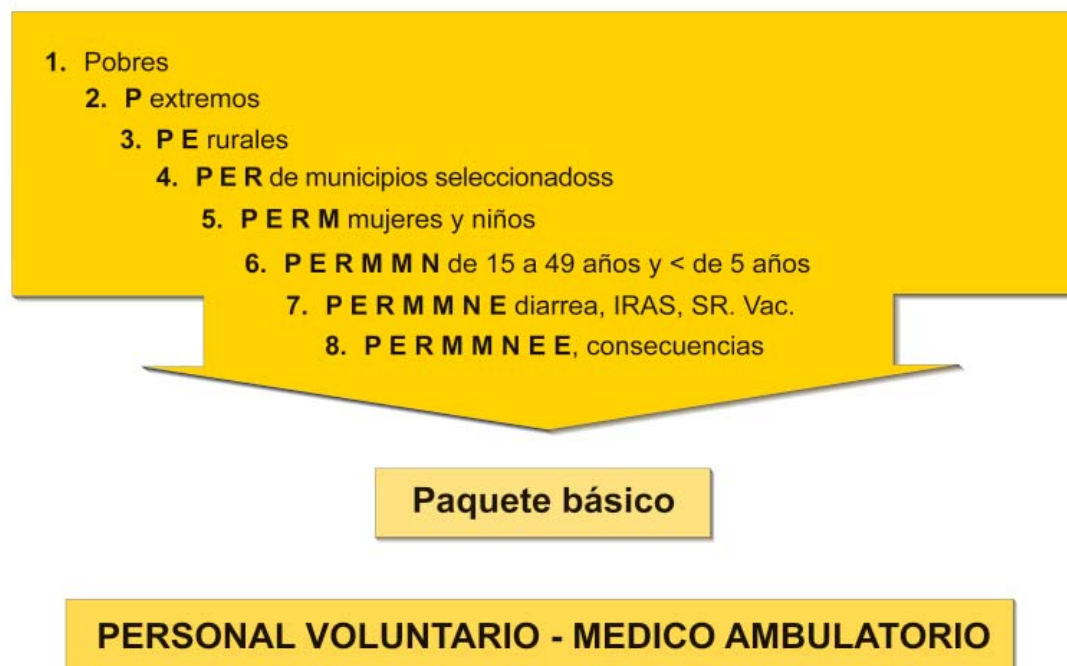
La entrega de servicios en este programa no descansa en la red del MSPAS, sino que se realiza a través de la contratación de prestadores no gubernamentales. La entrega del paquete por lo tanto, no involucra ni el desarrollo de infraestructura ni el aumento del recurso humano del MSPAS.

Los servicios son entregados a escala comunitaria, a través de personal médico ambu-

latorio que hace visitas periódicas a las comunidades (una vez al mes). Estos equipos trabajan en colaboración con personal comunitario voluntario. Las comunidades están organizadas de acuerdo a unidades geográficas-poblacionales de 10.000 personas, llamadas "jurisdicciones". Cada jurisdicción tiene un "facilitador institucional" perteneciente a la organización prestadora de servicios, que ayuda supervisando a aproximadamente cinco "facilitadores comunitarios", quienes son personas que viven dentro de las comunidades de la jurisdicción. Estos son responsables de la entrega de servicios preventivos y curativos básicos. Luego se encuentra la red de "vigilantes o guardianes de salud"; estos últimos son personas voluntarias de la comunidad que realizan diversas tareas de información y comunicación. Cada vigilante debe cubrir o atender 20 hogares.

Los facilitadores comunitarios reciben un pequeño salario por cada actividad realizada,

**Gráfica 37**  
Priorización de los problemas



Fuente: elaboración propia



mientras que los vigilantes de salud son voluntarios (reciben estímulos en algunos casos durante la capacitación). En otras palabras, el programa de extensión de cobertura se basa en más del 90% en el trabajo “voluntario” de las comunidades y ofrece un paquete básico de intervenciones, brindadas por personal de baja capacidad técnica y un médico que acude una vez al mes a cada comunidad.

Como se mencionó anteriormente, este programa se basa en una estrategia de focalización que es llevada hasta 8 niveles descendentes.

Como se observa en la gráfica anterior, la focalización se inicia con los pobres, hasta llevarla a atender las consecuencias de la diarrea (la deshidratación), los síntomas de las infecciones respiratorias agudas, las inmunizaciones y la consejería en salud reproductiva a mujeres entre 15 y 49 años con niños menores de 5 años, que habitan los municipios más pobres del país. Estos niveles descendentes de focalización dejan por fuera a los niños y niñas mayores de 5 años, a los niños y niñas menores de 5 años con problemas distintos, a las y los adolescentes, a los hombres, a las y los adultos mayores y a cualquier persona con problemas de salud no transmisibles. En otras palabras, este modelo, lejos de resolver el problema de acceso a los servicios, exacerba y profundiza las inequidades en salud.

#### *Generación y distribución de recursos humanos*

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que para alcanzar una cobertura mínima de toda la población, el número de profesionales de la salud (entre médicos y enfermeras

profesionales) por 10.000 habitantes debe ser 25.<sup>72</sup> En el caso de Guatemala, estimaciones para el año 2005 indicaban alrededor de 10 médicos y 4 enfermeras profesionales por cada 10.000 habitantes. Esto es un poco más de la mitad del número requerido, lo cual indica un déficit importante en el país. Lo anterior es un dato preocupante, puesto que estudios recientes han identificado mayores tasas de mortalidad materna e infantil y baja atención del parto por personal calificado, en países que presentan déficit en la densidad del recurso humano.<sup>73</sup>

#### *Distribución de los recursos humanos*

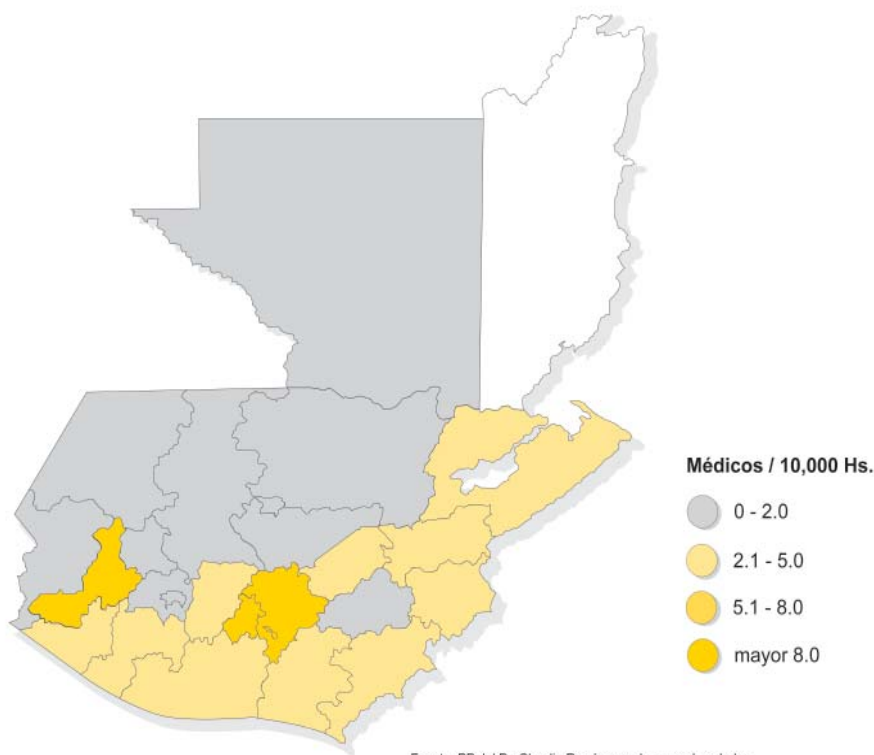
En Guatemala, el problema del déficit de recurso humano es exacerbado por una distribución inequitativa del mismo dentro del territorio y entre sub sectores. Tanto el MSPAS,

<sup>72</sup> OPS (2006).

<sup>73</sup> Ídem

**Gráfica 38**

Distribución del personal médico por departamento



Fuente: PP del Dr. Claudio Ramírez, en la mesa de salud y nutrición de la Vicepresidencia de la República en junio 2006 con datos proporcionados por el colegio de médicos





como el IGSS y el subsector privado, concentran sus recursos (humanos e infraestructura) en el departamento de Guatemala. Esto a pesar que únicamente el 23% de la población vive en dicho departamento. El ejemplo más claro de la concentración es el hecho de que el 73% de todos los médicos colegiados, han registrado su residencia en el departamento de Guatemala (los datos no permiten conocer si han habido cambios de residencia con el ejercicio de la práctica). Esta concentración hace que la relación médico por población sea de 1 por cada 348 habitantes, mientras que al otro extremo se encuentra el departamento de Quiché, en donde existe 1 médico por cada 11.489 habitantes.<sup>74</sup>

Como puede apreciarse en el mapa anterior, los médicos en el país están distribuidos en forma inversa al mapa de pobreza; es decir, que donde hay más pobreza no hay médicos, pues estos se concentran en las áreas de mayor riqueza.

El MSPAS es el mayor empleador de recurso humano del sector salud, seguido por el IGSS. Para el año 2005, el MSPAS reporta 35.821 empleados en los diferentes renglones presupuestarios de la forma siguiente: renglón 011 (personal permanente) con un 80% y el restante 20% bajo los renglones 021, 029 y 031, los cuales son contratados en forma temporal. Es importante anotar dos aspectos que caracterizan la situación del recurso humano. Primero, no existe una carrera administrativa dentro del MSPAS y segundo, la mayoría del personal que gestiona el sub sistema y tiene poder de decisión se encuentra bajo los renglones de contrato temporal y por lo regular cambia con cada administración de gobierno. Como es de anticiparse, la falta de carrera administrativa y la alta rotación de gestores y decisores del MSPAS, influyen tanto en el desarrollo del recurso humano como en la

posibilidad de implementar políticas de salud en el mediano y largo plazo<sup>75</sup>.

Para atender al 22% de la población localizada en el departamento de Guatemala, se tiene destinado el 49% de todo el recurso humano que trabaja en los hospitales públicos, el que incluye el 57% de los médicos dedicados a la atención hospitalaria contratados por el MSPAS.<sup>76</sup> Como contraste, para la atención de más del 10 millones de habitantes, que constituyen la población en el resto del país, se tiene el 43% del personal médico hospitalario.

Aproximadamente un 32% del total del personal del MSPAS participa directamente en la prestación de servicios de salud (médicos, enfermeras y enfermeras auxiliares) y de estos únicamente un 9% es personal médico.<sup>77</sup>

El IGSS reporta un total de 11.089 personas prestando servicios en la institución para el año 2005. Aproximadamente 65% de todo este recurso se encuentra concentrado en el departamento de Guatemala, que es donde se encuentra concentrado un porcentaje similar de afiliados.

El Instituto Nacional de Estadística (INE) ha registrado que para el año 2004, se desempeñaban en la red privada de servicios el siguiente personal: 1.308 médicos, 211 enfermeras profesionales y 1.192 auxiliares de enfermería. No se sabe si el anterior personal labora exclusivamente en el subsistema privado o si también lo hace en alguno de los otros (sea IGSS o privado).

La disparidad en la distribución del recurso humano en salud es exacerbada si se toma en

<sup>74</sup> Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala (2005).

<sup>75</sup> W. Flores (2006).

<sup>76</sup> Estos datos son indicativos y se debe tomar en cuenta que los 2 mayores hospitales en el departamento de Guatemala funcionan como referencia a nivel nacional. No se tiene datos del promedio de pacientes atendidos por los hospitales de referencia que vienen del resto de los 21 departamentos del país.

<sup>77</sup> W. Flores (2006).







cuenta que el subsistema privado de servicios de salud y el IGSS también se encuentran concentrados en el departamento de Guatemala. Esto implica que los niveles de acceso a los servicios de salud (sea MSPAS, IGSS o privado) difieren sustancialmente entre la población que reside en el departamento de Guatemala y la población que reside en el resto del país.

No se puede hablar de la situación del recurso humano en el MSPAS sin tomar en cuenta el efecto que tienen las brigadas cubanas, quienes arribaron en la época de emergencia posterior al huracán Mitch del año 1998. Se estima que la brigada médica alcanzó 600 médicos en la época de emergencia. Posteriormente, pasada la emergencia, la cantidad de personal médico se ha mantenido en alrededor de 400. El MSPAS cuenta con una plantilla de 740 médicos asignados al primer y segundo nivel de atención. Aproximadamente 400 médicos cubanos están prestando servicios en el primer y segundo nivel en todos los departamentos del país (exceptuando los departamentos de Guatemala y Sacatepéquez). En consecuencia, la presencia del personal médico cubano permite al MSPAS aumentar en más de 50% el recurso humano que brinda atención.

Esta situación ha sido bastante beneficiosa para el MSPAS, por lo que no es de extrañar que 3 diferentes gobiernos (Arzú, Portillo y Berger), hayan mantenido y aun han aumentado la cooperación que se recibe a través de las brigadas cubanas. El costo de mantener este grupo de médicos es mucho menor que mantener médicos nacionales. Además, se reconoce que trabajan en áreas de extrema ruralidad, en donde es difícil asignar a médicos nacionales.<sup>78</sup>

Si se toma en cuenta la contracción en el gasto público en salud durante los últimos 10 años, es posible imaginar una catástrofe en el sub

sistema del MSPAS si no fuera por el apoyo que brindan la brigada de médicos cubanos. La pregunta obligada es ¿qué hará el sistema de salud una vez no se cuente con esos médicos? El plan original era que dichos médicos serían relevados por médicos guatemaltecos preparados en la escuela Latinoamericana de Medicina de Cuba. Sin embargo el MSPAS no ha sido capaz de absorber dentro de su plantilla a la primera generación de médicos que han vuelto al país.<sup>79</sup>

#### *Formación de recursos humanos en salud*

En cuanto a la formación del recurso humano durante el período 1985-2005, se graduaron entre 350 y 400 médicos generales por año. Más del 80% de todos los médicos graduados lo hacen por la Universidad de San Carlos de Guatemala –USAC– (Colegio de Médicos de Guatemala 2005). Sin embargo, es importante anotar que la cantidad de graduados por la USAC ha venido descendiendo en forma sostenida: de 452 en el año 1987 a 135 en el año 2003<sup>80</sup>. A pesar de ello, la proporción de médicos por población se ha mantenido constante en los últimos 10 años debido a los médicos que están siendo graduados en las universidades privadas.

Si se parte de que los médicos son el eje central de las acciones en salud y sin considerar en este momento el contenido de la formación de los médicos<sup>81</sup>; para poder equipararse al resto de países en la región, las universidades deberían estar produciendo casi el doble de médicos que producen actualmente. Por supuesto, un siguiente punto que debe analizarse es la capacidad que tiene el sistema para absorber a los médicos. El mayor empleador de médicos, el MSPAS, no ha estado empleando nuevos

<sup>79</sup> El Periódico (2006b), citado en W. Flores (2006).

<sup>80</sup> Información proporcionada por el Dr. Mario Salazar, citado en Flores (2007).

<sup>81</sup> Existe una iniciativa inter institucional en la que participan las escuelas formadoras de médicos en el país y la OPS-OMS en la que se hacen reflexiones sobre el tipo de profesionales que Guatemala necesita de cara al futuro.

<sup>78</sup> El Periódico (2006b); Prensa Libre (2002), citado en W. Flores (2006).

médicos de planta sino que contrata por servicios. Es sintomático de esta situación el hecho que tampoco los médicos de atención primaria, graduados en Cuba, han podido ser absorbidos por el sistema público. No se sabe tampoco si el subsistema privado estaría en la capacidad de absorber una mayor plantilla de médicos.

La formación de personal de enfermería lo realizan principalmente las escuelas del MSPAS. Dicha formación data desde el año 1956. A partir del año 2001, egresó la primera promoción de la Universidad Mariano Gálvez y en el año 2004 la de la Universidad Rafael Landívar. Para el año 2006, se habían formado un total de 5.802 enfermeras profesionales. A pesar de ello, la proporción de enfermeras por 10.000 habitantes prácticamente no ha cambiado en los últimos 20 años (de 3 por 10.000 en el año 1986 a 4 por 10.000 en el año 2005)<sup>82</sup>.

La formación de auxiliares de enfermería inició en el año 1965 y para el año 2006 se contaba con un acumulado de 23.580 enfermeras auxiliares. La proporción por 10.000 habitantes se incrementó de 11 en el año 1986 a 18 en el año 2006. Es importante anotar que el IGSS y algunos hospitales privados también forman enfermeras y auxiliares de enfermería. Sin embargo, los porcentajes son mucho menores a los del MSPAS y se preparan principalmente para trabajar dentro de la propia red que los ha formado (sea IGSS u hospitales privados, a través de universidades privadas).

El MSPAS posee escuelas formadoras de personal técnico de apoyo. Entre ellas, la escuela INDAPS de Quiriguá, Izabal forma Técnicos en Salud Rural (TSR) e Inspectores de Saneamiento Ambiental (ISA). Las estadísticas disponibles únicamente recogen los técnicos graduados a partir del año 1994. De esa fecha

hasta el año 2005, se han graduado 470 TSR y 194 ISA.<sup>83</sup>

Un dato que resulta relevante es que en todos los procesos de formación de médicos, si importar que estos sean de la Universidad de San Carlos o de universidades privadas, los hospitales escuela son los hospitales públicos. Este hecho sugiere que, de alguna manera, la educación médica es subsidiada con fondos públicos y son las personas más pobres quienes se prestan para este aprendizaje.

### *Generación y gestión de los recursos de información*

En cuanto a la producción y gestión de los recursos de información del sistema, el panorama es por demás desalentador. Cada sub sector genera y utiliza sus propios datos, no se comparten y no parece haber avances substanciales en estos aspectos. A pesar que el MSPAS es el ente rector de la salud en el país, su sistema de información rutinaria –SIGSA– únicamente abarca los servicios y acciones al interior del MSPAS, sin conexión o relación con la información producida por el IGSS y las instituciones en el sub sistema privado. De hecho, existen diferentes sistemas aun dentro del MSPAS, pues el programa de extensión de cobertura posee su propio sistema de información rutinaria que tiene poca relación e intercambio con el SIGSA.

Una evaluación del SIGSA realizada en el año 2004<sup>84</sup>, encontró que el análisis de la información recolectada se hace en forma limitada y existe poca utilización de la información para la toma de decisiones. En esencia, el sistema funciona como centro de acopio de información. Además, la información sigue la lógica de los diferentes programas del MSPAS (estructurado en forma segmentada por programas de atención). Tampoco existen procesos ni personal cuya labor sea el análisis coherente de la información en su conjunto.

<sup>82</sup> W. Flores (2006)

<sup>83</sup> W. Flores (2006)

<sup>84</sup> Briggs 2004



Otra debilidad identificada describe que el movimiento de la información es de una vía, de la periferia al centro. No hay devolución de información del centro a la periferia. Estos elementos imponen limitantes para que el sistema apoye la toma de decisiones. También se encontró que el sistema no tiene un referente informativo de base comunitaria y la automatización está limitada por falta de un manual del usuario y la imposibilidad en hacer cruce de variables.

El SIGSA refleja claramente aquellos temas en los cuales existe apoyo e interés de los donantes. Por ejemplo, los formularios y procesos mejor desarrollados del sistema, se refieren a las coberturas del esquema de vacunación y la gestión de métodos modernos de planificación familiar. Otro componente de desarrollo reciente es la gestión de medicamentos. Un análisis integral de la información se encuentra por lo tanto, ausente.

El sistema de información en salud es parte de un sistema ampliado de información social y económica. De esta cuenta, otros sectores también producen y recogen información relevante para el sistema de salud. Por ejemplo, el INE realiza encuestas poblacionales (ENCOVI, ENIGFAM) que contienen módulos o preguntas específicas de relevancia para el análisis de la situación de salud. El INE también recoge información de producción de servicios de los establecimientos privados de salud.

El Colegio de Médicos recoge y analiza información de producción de personal médico y el Banco de Guatemala recoge y analiza información relacionada al mercado de medicamentos en el país (producción local e importación). A pesar que toda la información arriba mencionada es de relevancia para el sistema de salud, no existe una integración y análisis de la misma, la cual debería ser una labor del MSPAS como ente rector del sistema de salud. La desconexión en los procesos de

información arriba mencionados es, al mismo tiempo, una causa y un efecto de la pobreza rectoría que ejerce el MSPAS dentro del sistema de salud del país.

### **Los conceptos e ideas que subyacen el sistema: las mentalidades institucionales.**

Como se anotó en las secciones precedentes, conocer el sistema de salud implica trascender el recuento de sus elementos componentes y adentrarse en el campo de las relaciones que se establecen y de los conceptos, nociones, imaginarios y visiones que subyacen estas relaciones.

Hasta este momento se han abordado en el documento las dimensiones “objetivas” del sistema y se ha sido pródigo en datos estadísticos que fundamentan las afirmaciones. Aproximarse al campo de la subjetividad dentro del sistema de salud requiere incurir en dos dimensiones; una es la manera cómo los actores de la salud imaginan el futuro, de manera que se puedan inferir las posibilidades de cambio y transformación; la segunda es conocer, o al menos aproximarse, a los imaginarios sociales de la salud desde la perspectiva de las instituciones. Ambas dimensiones proveen información sobre el campo subjetivo de las transformaciones del sistema de salud y permiten inferir por qué las instituciones se comportan de la manera que lo hacen. El recabar esta información requirió la realización de dos investigaciones<sup>85</sup> y a continuación se presentan los hallazgos más relevantes.

#### *Las visiones de los actores ¿cómo quisieran un sistema de salud en el futuro?*

En un ámbito complejo como el de la salud, las visiones de futuro de los actores son de un alto nivel de diversificación, pues resultan no sólo

<sup>85</sup> Jiménez (2006) y Mazariegos (2007).



de las diferentes experiencias personales, sino se construyen también a partir de la posición que ocupan dentro del espectro político-institucional. Las visiones se construyen a partir de cuatro elementos: i) una perspectiva de lo actual, es decir una referencia necesaria a tener el presente como punto de partida; ii) una perspectiva de cómo el actor experimenta el presente, lo que implica inevitablemente en una aplicación del horizonte vivencial personal; iii) una perspectiva aspiracional, que emerge en la formulación del futuro como un horizonte del deber ser, el cual está profundamente vinculado a la posición política-institucional que ocupa y iv) la concepción misma del futuro.

Respecto al último elemento, si el futuro se concibe como “el destino”, es decir como eventos que vendrán inevitablemente y sobre los que no se tiene ningún control, la visión necesariamente reflejará este concepto. Si se concibe el futuro como “el porvenir” se esperará que sólo la comprensión de los eventos del presente permita vislumbrar el futuro; si por el contrario, se concibe el futuro como “el devenir”, la visión estará más vinculada a la idea que el futuro se construye y no simplemente se espera<sup>86</sup>.

Para aproximarse a estas visiones, se realizaron entrevistas a actores considerados clave, indagándose sobre sus visiones acerca de cómo, a su criterio, debería ser el sistema de salud en el futuro para que Guatemala logre resolver sus grandes problemas de salud. Se reconoce que, si bien estos actores clave pertenecen a diversas instituciones, las opiniones que expresaron no necesariamente son las mismas que las que expresarían las “Visiones” institucionales. En las entrevistas se preguntó sobre cuál consideraban que es el objetivo del sistema, la estructura que éste debía tener, el rol del Estado y del MSPAS, las responsabilidades de otros actores y sub sistemas, las dinámicas deseables para la toma

de decisiones y el financiamiento ideal del sistema.

Mediante el análisis de las respuestas de los actores, se realizó la identificación de las tendencias que se manifestaron en una gama diversificada de visiones sobre el sistema de salud. Para tal efecto, se realizó una sistematización de las visiones que resultó en la construcción de una síntesis que logra hacer una agrupación en cinco “visones tipo”, de acuerdo a las coincidencias y divergencias expresadas por los actores.

Aunque existen diferencias entre las visiones de los actores, también existen coincidencias, por lo que se decidió adoptar la imagen de “espectro” para el reconocimiento y ubicación de las tendencias. Esta imagen hace referencia a su gradualidad y permite visualizar a las visiones como un continuo fluido, donde los componentes de cada una pueden coincidir con otra, pero que en su formulación establecen combinaciones que - dependiendo de los énfasis en algunas de las variables antes indicadas - marcan tendencias agrupadas por un momento del continuo.

Para lograr la delimitación del espectro antes citado, se fijaron dos puntos extremos teóricos que dan los límites y las pautas para identificar y clasificar las visiones encontradas en la graduación de la gama expuesta por los entrevistados. Estos extremos se definen como visiones ideales –siendo que no existe planteamiento alguno que las formule– que resultan de considerar los sistemas de salud existentes actualmente, y que exhiben marcadas diferencias en sus prácticas (por ejemplo el sistema cubano por un lado y el norteamericano por el otro).

En el primer extremo teórico se encuentra un sistema de salud basado en la responsabilidad exclusiva del Estado, con un marco jurídico que le permite lograrlo; un sistema de financiamiento eficiente que le da los recursos para hacerlo

<sup>86</sup> Medina (1998).





**Cuadro 6**  
Visiones tipo

Visiones tipo	Características
<b>A</b>	El sistema se configura con el objetivo que la población alcance la salud y el bienestar a través del ejercicio del derecho a la salud. El estado asume un rol preponderante en su ejercicio al cumplir con un rol rector y de prestación de servicios, el IGSS es eficiente y cubre a todos los trabajadores, el financiamiento del sistema es mediante impuestos y por contribuciones en un seguro público, La cooperación internacional no impone agendas ni modelos, la autonomía municipal se hace efectiva y asume su rol como poder local, las decisiones se toman a nivel local con amplia participación de la sociedad civil.
<b>B</b>	El sistema se configura con el objetivo de mejorar el nivel de vida de la población en términos de una disminución de los riesgos de la enfermedad. La función de la rectoría recae en el Ministerio de Salud, quien se ocupa de la regulación y la supervisión. El IGSS cumple con la responsabilidad de la atención en un 100% de la población. Los servicios privados están presentes como una alternativa para quienes deseen hacer uso de él. Su financiamiento es en términos de la seguridad social, donde los impuestos son su fuente principal. La cooperación internacional no impone agendas ni modelos, y las decisiones en salud esta centralizada en el gobierno con consultas al poder local.
<b>C</b>	El sistema de salud se configura con el objetivo que la población alcance la salud y el bienestar a través del ejercicio del derecho a la salud. La función de rectoría recae en el Ministerio de Salud quien se ocupa de atender focalizadamente a la población en condiciones de extrema pobreza, reconoce la medicina tradicional pero de forma subordinada al modelo médico y como recurso para la extensión de cobertura. El IGSS cumple con niveles de atención óptimos a sus afiliados, que mejora considerablemente la cobertura de la población trabajadora en todo el territorio nacional, y colabora con el MSPAS en la cobertura. Los servicios privados están presentes como una alternativa para quienes deseen hacer uso de él. Su financiamiento es a través de los impuestos y el seguro público, pero con un considerable recurso al pago por servicios. La cooperación internacional no impone agendas ni modelos. Los mecanismos de toma de decisiones involucran al estado en consulta permanente con el poder local. La sociedad ejerce el rol de auditoría social y propuesta de política pública.
<b>D</b>	El sistema de salud se configura con el objetivo de prestar atención a las necesidades más importantes y básicas de salud de la población. La función de rectoría recae en el Ministerio de Salud Pública, quien se ocupa de atender focalizadamente a la población en condiciones de extrema pobreza. El IGSS cumple con niveles de atención óptimos a sus afiliados, con el propósito de restablecerles su condición adecuada para el trabajo. Los servicios privados están presentes como una alternativa para quienes deseen hacer uso de él, particularmente aquellos que tienen los recursos y desean acceder a servicios de calidad. Esto se logra a través de un financiamiento mixto, donde prevalece el financiamiento público. La cooperación internacional no impone agendas ni modelos. La dinámica de la toma de decisión en el sistema se caracteriza por ser abierta, donde la participación local es determinante a través del rol propositivo de las ONG's y el desarrollo de los espacios comunitarios formales a nivel del poder local.
<b>E</b>	El sistema de salud se configura con el objetivo de prestación de servicios con calidad y con cobertura del 100%. La función de la rectoría recae en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, quien se ocupa de la regulación y la supervisión, y la prestación de servicios a la población con escasos recursos. El IGSS cumple con niveles de atención óptimos a sus afiliados. Los servicios privados juegan un papel determinante, ya que es a través de ellos que la población con recursos accede a la salud con calidad, además el desarrollo en la investigación y la aplicación de la tecnología médica permite el aumento en la capacidad técnica nacional. La industria farmacéutica nacional, en la dinámica del libre mercado y de una función rectora fuerte del MSPAS, juega un papel determinante en el acceso de medicamentos de la población. El financiamiento del sistema es mixto, donde los impuestos y el seguro público son importantes soporte a la prestación pública de los servicios; pero con un aumento de los pagos por servicios y seguros privados que permiten que un amplio sector de la población económicamente activa acceda a servicios de calidad. Las municipalidades y las organizaciones comunitarias juegan el rol de crear las condiciones adecuadas para el desarrollo del entorno de la salud. Una cooperación internacional que no impone prioridades ni modelos. La dinámica de la toma de decisión en el sistema se caracteriza por ser concéntrica en torno al gobierno, quien usa los recursos formales de consulta y considera como un criterio importante la dinámica del mercado. Hace uso de la información generada por la capacidad técnica y científica de los espacios nacionales de investigación.

Fuente: Jiménez 2006





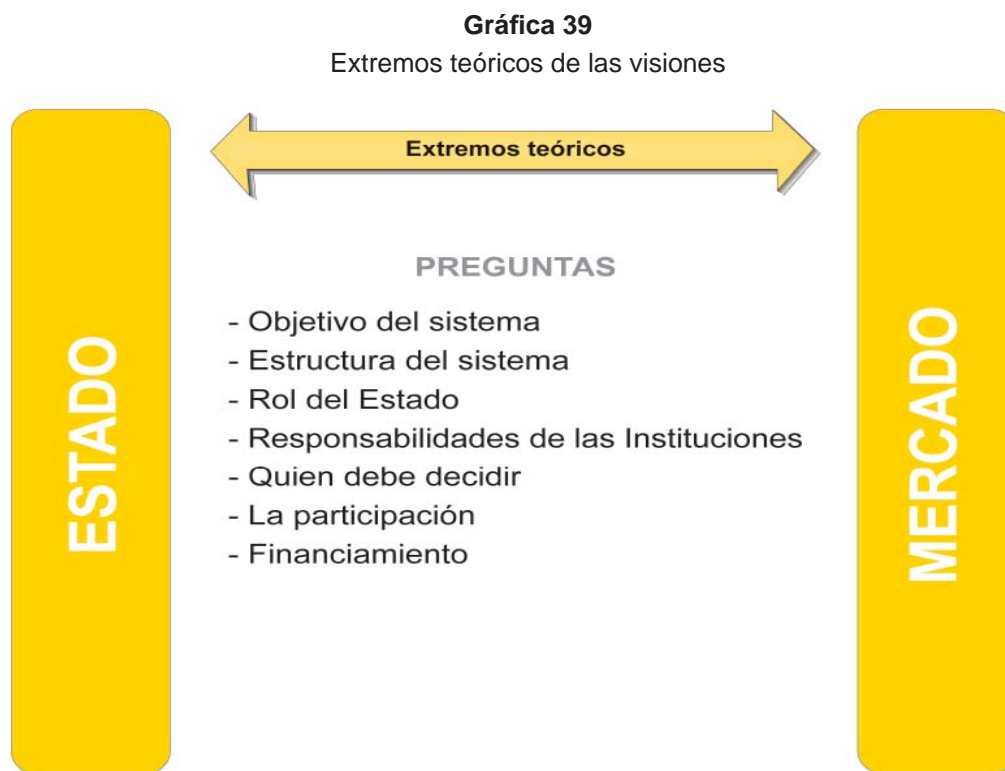
y un nivel de participación de la ciudadanía que garantiza el ejercicio pleno del derecho a la salud. En el segundo extremo teórico vemos un sistema de salud donde el Estado funciona eficientemente en un marco jurídico que lo limita a los aspectos esenciales de la gestión pública, recurriendo a los servicios privados para la prestación de servicios de salud, sobre los cuales existe la menor intervención del Estado y se dinamiza mediante el intercambio sujeto al libre mercado.

Los 5 tipos de visiones se nombraron con letras A, B, C, D y E. La visión tipo A es la más cercana al primer extremo y la visión tipo E es la más cercana al segundo extremo; las otras visiones resultaron intermedias

Si bien se realizaron 35 entrevistas con actores clave, que ejercen distintos niveles de responsabilidad en sus instituciones, la ubicación en el espectro de las visiones se realizó por una agrupación en 8 sub sectores.

La ubicación de los sub sectores en el espectro muestra la tendencia general, pues cada uno se ubica en una visión específica aunque también comparte elementos de los otros visiones tipo. Con esta información se construyó un mapa de las visiones encontradas.

Los entrevistados del MSPAS, las municipalidades, las universidades y las agencias de cooperación muestran predominancia de la visión D, la cual aspira que en el futuro continúe el Ministerio como el rector del sector, que preste servicios focalizados para la población en extrema pobreza, que el IGSS se mantenga atendiendo de manera eficiente a sus afiliados y que el sector privado lucrativo esté disponible para las personas que están en capacidad de pagar; además que el financiamiento del sector sea de tipo mixto y que la participación ciudadana se realice a nivel local, únicamente con capacidad propositiva.

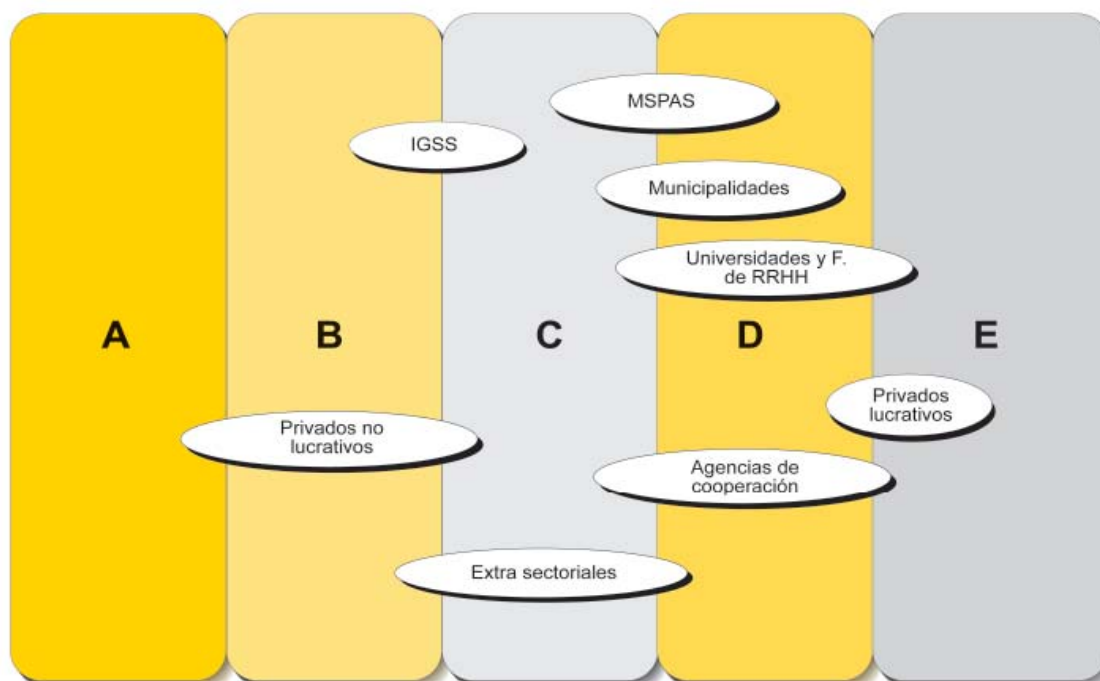


¿Cómo debería ser el sistema en el año 2020?



Gráfica 40

## Mapa de visiones



Fuente: Jiménez 2006

Para los actores entrevistados de las ONG's, se observa el predominio de la visión B, en la cual el rasgo predominante es la aspiración de que el MSPAS se circunscriba a la regulación y rectoría del sector y sea el IGSS el prestador de los servicios de salud del 100% de la población.

Los actores entrevistados del IGSS, mostraron posiciones divergentes que se sitúan entre la separación de funciones en donde el MSPAS regula y el IGSS presta el 100% de los servicios; y la posición en la que el IGSS logra cubrir a la población trabajadora, formal y no formal y el MSPAS cubre el resto de la población, lo que los sitúa entre la visión B y C.

En cuanto a los actores extra sectoriales entrevistados, el predominio fue de la visión C, la cual imagina el futuro con el MSPAS como rector y prestador de servicios, el

IGSS atendiendo a los empleados formales e informales y el sector privado lucrativo disponible; todo esto apoyado por la presencia de un aseguramiento público universal.

Para los entrevistados del sub sector privado lucrativo, la visión predominante es la E, en la cual el rasgo predominante es el papel determinante de los servicios privados en la prestación de los servicios y la consideración de la dinámica del mercado para la toma de decisiones en el sector.

En general se reconocen más coincidencias que divergencias en las visiones; se logran identificar como aspectos transversales:

- Las municipalidades asumiendo un rol más activo en la prestación de servicios de salud bajo la rectoría del MSPAS
- La participación ciudadana, aumentando



- los niveles del poder local y estableciendo un ente formal para la toma de decisiones
- c) El fortalecimiento del rol del Estado como ente mediador y rector
  - d) La búsqueda de un modelo mixto de financiamiento del sector
  - e) El mantenimiento y fortalecimiento del IGSS en su rol de atención de los trabajadores
  - f) El reconocimiento de la existencia de la medicina maya tradicional y popular, aunque generalmente subordinada al modelo médico occidental.

En cuanto a las divergencias entre las visiones de los actores, las más relevantes son:

- a) La modalidad de participación; pues mientras que todos admiten que es necesario incrementar este aspecto, algunos la conciben como la delegación del poder para la toma de decisiones, otros la ven como un ejercicio de auditoría social y otros sólo como consulta a la población sobre decisiones ya tomadas
- b) El rol de prestador de servicios del MSPAS. Algunos actores conciben al Ministerio como prestador y otros sólo lo ven en su rol de rectoría, dejando la prestación al IGSS, en algunos casos, y en otros al sector privado lucrativo
- c) Respecto al rol de las ONG's, algunos actores las encuentran útiles para la prestación de servicios, mientras que otros las conciben cumpliendo un rol fiscalizador del sector público. También algunos actores propugnan por su desaparición por considerarlas no útiles.

El reconocimiento de estas coincidencias y divergencias son una invaluable oportunidad para las reflexiones y acciones sobre el futuro del sistema de salud del país, ya que su discusión puede constituirse en un punto de partida sólido para el diálogo y eventualmente, para apoyar la configuración de una agenda de trabajo a partir de los elementos compartidos o de los disensos.

### *Los imaginarios sociales de la salud en Guatemala*

Si bien conocer las visiones de los actores sociales resulta trascendente, fue necesario complementar esta información con una investigación sobre imaginarios, de manera que lograra adentrarse en el análisis de las nociones de salud-enfermedad que manejan las instituciones y cuáles problemas consideran importantes, cómo perciben y valoran a la población con que se relacionan, cómo se ven a sí mismas y qué expectativas tienen del sistema de salud en su conjunto<sup>87</sup>.

Se reconoce que dichas nociones, problemas importantes, así como las percepciones y valoraciones institucionales del sistema de salud, se conforman y se reproducen en un discurso propio desde el cual se refleja y construye la realidad institucional de dicho sistema. En este marco, esta investigación utilizó el recurso metodológico del análisis del discurso desde una perspectiva crítica, en tanto que al realizarse un análisis crítico del discurso es posible comprender cómo –por lo menos parcialmente– se construyen dichas dimensiones de la sociedad, así como también explicar de alguna manera las asimetrías sociales del poder –propias y contingentes a las instituciones del sistema de salud– reflejadas, claro está, en sus propios discursos<sup>88</sup>.

Al hablar de nociones, percepciones y valoraciones institucionales, en realidad se busca una visión o mirada institucional sobre “algo” que, para esta investigación, se trata de la salud, la enfermedad y la población. Hablamos de la “mirada” que el sistema de salud produce y reproduce respecto de la relación salud-enfermedad, así como de la población con la que se relaciona. Para aproximarse a dicha mirada, se utiliza el concepto de imaginarios sociales, que se define como “un conjunto de formas-figuras-imágenes con sentido a partir

<sup>87</sup> Mazariegos (2007)

<sup>88</sup> Ídem



de las cuales los grupos sociales –y la sociedad en general– construyen formas de representar y significar su realidad”.

Para aproximarse al imaginario social institucional, en esta investigación se exploraron lo más ampliamente posible las fuentes de discurso institucional, de manera que se pudiese aprehender los enunciados –imágenes más relevantes y recurrentes que el sistema de salud está produciendo sobre los núcleos temáticos salud-enfermedad-población.<sup>89</sup>

Una vez ubicados los enunciados-imágenes recurrentes sobre los núcleos temáticos salud-enfermedad-población, se agruparon con base en “campos de sentido”, entendidos como espacios de convergencia de los enunciados (por ejemplo: campos morales, éticos, religiosos, técnicos, económicos, etc.), que van adquiriendo una explicación semi-autónoma de los núcleos temáticos. Al desplegar los campos de sentido más relevantes a partir de los cuáles el sistema de salud está construyendo su propia mirada institucional sobre la salud-enfermedad-población (desarrollar una explicación propia de cada campo de sentido), se realizó un análisis a profundidad sobre las múltiples referencias o relaciones referenciales que se establecen entre los campos de sentido antes desplegados (por ejemplo: ¿qué relaciones pueden haber entre un campo de sentido moral, un campo de sentido económico y un campo de sentido técnico sobre la salud-enfermedad-población?).

Como hallazgos principales de esta investigación exploratoria se cuenta con el desarrollo de algunas hipótesis básicas, entendidas éstas como respuestas teóricas o anticipadas a la

<sup>89</sup> Los insumos para el análisis del discurso son documentos institucionales o entrevistas de funcionarios del MSPAS, IGSS, FUNDABIEM, Instancia Nacional de Salud, Iglesia Católica, ASOFARMA, ASINFRAGUA, Corporación de Hospitales, Banco Mundial, BID, USAID, SNU, OPS-OMS, USAC, URL, UFM, UMG, Colegio de Médicos, ASECSA, Sindicatos de Salud, Congreso de la República, CACIF, CIEN.

pregunta: ¿cuáles son los imaginarios sociales institucionales prevalecientes en el sistema de salud guatemalteco? A continuación se presenta un resumen de los argumentos e hipótesis.

1. En Guatemala existe un imaginario fuertemente instituido en el que *el sistema de salud, sobre todo valorado por sus instituciones más importantes, está significado como ineficiente, sin recursos, descoordinado, corrupto, infuncional, centralista, disperso, incoherente, incongruente, usurero, discriminador, excluyente y contradictorio, por mencionar sólo algunas de las valoraciones más relevantes*. De manera especial, estas representaciones ubican su fuente primordial en aquellas instituciones de carácter público estatal, lo que promueve en los múltiples y diversos grupos sociales una deslegitimación del aparato público. En otras palabras, lo relevante de este imaginario es que instituye una generalización del sistema de salud a partir de una radical condena de lo público, dejando al margen de dicha generalización, la complejidad de las instituciones públicas y privadas que lo conforman. Dicho imaginario se basa en una lógica que tiende a simplificar lo complejo del sistema a partir de la condena de lo público

Como consecuencia de lo anterior, la noción o valoración de la salud como bien público queda totalmente exteriorizada y marginalizada del imaginario hegemónico. De esta forma, la posibilidad de que los diversos grupos sociales den sentido a la salud como algo de naturaleza colectiva o social se difumina y se pierde. Así, la posibilidad de comprender la salud como un derecho social, queda reducida. Esto se compagina efectivamente con un imaginario neoliberal que reduce a su más mínima expresión la cosa pública. En otras palabras, en Guatemala la salud se representa e imagina como un “bien privado-individual”.



2. Otro imaginario del sistema es que las instituciones deben *privilegiar al rentabilidad económica, la competitividad de los servicios, la reducción de factores y conductas de riesgos, el pensamiento y la planeación estratégica, la gestión de recursos, la producción de procedimientos y servicios curativos, las relaciones costo-ganancia en la producción de dichos procedimientos y servicios; englobando dicha visión a una lógica en la que la salud queda significada como ‘mercado de salud’ y los sujetos a los que dicho mercado se dirige, segmentados de acuerdo a su inserción en el ‘capital social’ y a su posibilidad de consumir los servicios ofertados en dicho mercado.*

3. El imaginario social con más fuerza instituido en Guatemala *valora, comprende y representa la salud como un bien individual privado de consumo de servicios curativos ofertados en un mercado de instituciones de salud, en detrimento de una valoración o representación de la salud como un derecho y bien público colectivo y social de promoción, prevención, curación y rehabilitación para el goce de la salud.* De esta cuenta, la salud se representa como un bien que, de acuerdo a la estratificación sociodemográfica (pobre, clase media, rico, influyente, urbano, ladino, indígena, mujer, niño, desempleado, etc.) es consecuente con la oferta de los servicios que un mercado de salud restringido permite.

A esto debe añadirse que en Guatemala el imaginario de salud es coherente con los valores que el Modelo Médico Hegemónico instituye.<sup>90</sup> Entre sus características fundamentales se deben tomar en cuenta: i) una visión biologicista y medicalizada de la enfermedad; ii) el predominio de una visión clínico-curativo-hospitalaria; iii) la farmacologización de las

<sup>90</sup> Se entiende como modelo médico hegemónico el que prevalece sobre otros modelos los cuales resultan subordinados, en el caso de Guatemala, el modelo hegemónico es el de enfoque biologicista individualista, es decir que privilegia una visión de la salud como problema del ámbito clínico biológico individual, en contraposición de otro en que la salud resulta de determinantes socioeconómicos y políticos y que las soluciones a los problemas son de tipo colectivo.

posibilidades terapéuticas; iv) el sobre dimensionamiento de la técnica y la tecnología médico-curativa como guía de la atención en salud; y v) una visión occidentalizada de la salud-enfermedad; entre otros.

4. De lo anterior se desprende que en la actualidad la salud no es valorada como un equilibrio entre lo biológico, lo psicológico y lo social; ni siquiera es valorada como la pura ausencia de enfermedad. En Guatemala, *salud significa salir de la enfermedad. En última instancia, a diferencia de un sistema en donde la valoración de la enfermedad se define a partir de lo que supone estar sano, en Guatemala la salud se define a partir de lo que significa estar enfermo.*

Desde luego, estos imaginarios están fundidos en una institucionalidad que opera como crisol de los mismos. Esta institucionalidad es débil de hecho y en derecho; así como carente de procedimientos y reglamentos que permitan la regulación y la integración del sistema de salud, con el objetivo de promover y garantizar los derechos de los ciudadanos. En esta línea, las prácticas de gestión política se enmarcan en una lógica de aparente vacío de autoridad formal, aprovechada dicha situación por actores y agentes que, en paralelo y en el marco de un ejercicio del poder patrimonial, clientelar y corporativo, determinan las características, fines y objetivos de la propuesta funcional de salud.<sup>91</sup>

Así, se imposibilita el ejercicio legítimo y legal de una rectoría política por parte del MSPAS, dejando abiertos los canales para la implementación de reglas informales caracterizadas por el voluntarismo, la arbitrariedad, lo casuístico, la impunidad (como ausencia de cumplimiento de leyes) y la parcialidad (a favor de alguien). En este esquema, e independientemente de las buenas ideas y las sanas voluntades, se hace imposible construir un sistema de salud integrado, ya que el diseño

<sup>91</sup> Mazariegos (2007).





institucional y la correlación de fuerzas lo impiden. En este marco, la esfera, los actores y los intereses privados intervienen, regulan e instrumentalizan la opción pública y garante de los derechos de salud a beneficio del desarrollo de un modelo paralelo no regulado<sup>92</sup>.

### **Las prácticas poblacionales de la salud: lo que se hace dentro y fuera del sistema**

Para comprender el sistema es necesario considerar al actor central: la población.

En términos generales, la planificación, priorización y diseño de las acciones en salud son realizadas desde el nivel central o en el mejor de los casos, en el nivel departamental. La persistente ausencia de la población en estos procesos ha convertido la dinámica del sistema de salud en una suerte de monólogo institucional, es decir que las instituciones se dirigen a la población pero no logran escucharla.

En el camino de la comprensión integral de la estructura, funcionamiento y dinámica del sistema de salud, en los apartados anteriores se han presentado una serie de datos y reflexiones de los elementos contextuales, sobre los actores sociales y políticos involucrados y las maneras como se relacionan en una estructura y funciones definidas.

En este sentido, falta completar el panorama con el conocimiento de las prácticas de salud poblacionales, entendidas como todas las acciones que los individuos y los grupos sociales emprenden con el objetivo de mejorar, conservar o recuperar la salud, antes de llegar a los servicios de salud o al margen de los mismos.

Toda persona que sufre un problema de salud, siempre realiza una serie de acciones para mejorarse, ya sea por decisiones personales o por sujetarse a los cuidados de otra persona dentro

del núcleo familiar o de la comunidad. Los servicios de salud logran captar una mínima parte de los problemas, pues la mayor carga de los cuidados ocurre fuera de los mismos.

La población, al ser su actor central, está profundamente vinculada al sistema de salud y estas vinculaciones son mucho más complejas que ser un “grupo de pacientes” o usuarios que acuden al sistema en búsqueda de servicios. Estas –las vinculaciones– se gestan y adquieren sus características fuera del sector mismo, en el tipo de problema de salud, en las características de los individuos, sus familias y comunidades. Es en las decisiones individuales y colectivas que se toman en el marco de las prácticas poblacionales, donde las personas logran vincularse con los servicios de salud.

Para profundizar en estas prácticas se realizaron dos investigaciones,<sup>93</sup> las cuales brindan un marco conceptual para su abordaje y aportan datos sobre lo que está ocurriendo en este ámbito. Con estas investigaciones se intenta responder las siguientes preguntas: ¿qué es lo que las personas hacen cuando se enferman?, ¿cómo se vinculan con los servicios de salud?, ¿cómo son percibidas esas prácticas por los terapeutas de los distintos modelos asistenciales existentes?, ¿qué implicaciones tienen estas prácticas para los servicios de salud?

Las prácticas poblacionales de salud se dividen en tres grandes ámbitos: 1) el auto cuidado, el cual se refiere a las acciones de tipo preventivo y de promoción de la salud que realizan las personas para no enfermarse o minimizar los efectos deletéreos de las enfermedades; 2) la auto atención, la cual se refiere a las acciones que se realizan para curar las enfermedades que se padecen; y 3) la auto ayuda, que se refiere a la manera como grupos de personas con problemas comunes se asocian para enfrentar diversos problemas (alcohólicos anónimos es un buen ejemplo).

<sup>92</sup> Ídem

<sup>93</sup> Cerón (2007), Garcés (2007).



Todas estas prácticas ocurren en el ámbito doméstico y comunitario y están fuera de los servicios de salud. Como recursos terapéuticos se utiliza una suerte de sincretismo de diversos modelos de atención. Es posible ver que para un problema particular, son utilizadas prácticas provenientes del modelo biomédico junto con otras de medicina popular y tradicional y aún variaciones adaptadas de modelos alternativos.<sup>94</sup> Las decisiones sobre qué modelo o terapéutica se utiliza depende de varios factores entre los que se cuentan: la experiencia previa, las creencias, los conocimientos adquiridos mediante capacitaciones o las recomendaciones de otras personas que ha tenido problemas similares.

Las características que adquieren estas prácticas dependen de varios aspectos:

- i) en primer lugar, la naturaleza de la enfermedad: si el problema es grave o muy sintomático, la respuesta es distinta que si es leve
- ii) otro aspecto muy importante son las características del individuo en cuanto a su género, edad y lugar que ocupa dentro de la familia –las cuales son variables que inciden en los cuidados que se brindan– a lo cual se agregan las características de la persona que brinda los cuidados
- iii) las características de la unidad doméstica también son importantes en cuanto a etnicidad, religión, tamaño y composición de la familia, presencia de algún curador, ingresos, consumo y disponibilidad de tiempo y dinero
- iv) un aspecto, por demás importante, son las características de la comunidad a la que se pertenece, especialmente en cuanto a la variación intercultural,

<sup>94</sup> Modelos alternativos es un nombre genérico que designa a una serie de prácticas que tienen sus propias teorías e intervenciones terapéuticas y que en otros ámbitos pueden gozar de legitimidad social: como ejemplos están la medicina ayurvédica, la acupuntura, reflexología, etc.

las migraciones, las redes sociales comunitarias y vínculos externos, la cohesión social, el divisionismo y la conflictividad

- v) son muy importantes las alternativas de servicios que están presentes en la comunidad, la accesibilidad económica, funcional, geográfica, cultural, idioma, discriminación y la disponibilidad de tratamientos para los padecimientos concretos<sup>95</sup>.

Todos estos aspectos son decisivos para la manera como se vincularán las personas con los servicios de salud y para las características que adquieren las prácticas poblacionales de salud. Sin embargo, para los fines de este documento, se enfatiza en conocer las prácticas que se establecen en el ámbito de la auto atención, especialmente porque la información sobre la auto ayuda y el auto cuidado son limitadas.

#### *¿Qué hacen las personas cuando enferman? La auto atención*

En cuanto a la auto atención, las prácticas en salud de la población guatemalteca se caracterizan por un patrón general que incluye los siguientes elementos:

- o Entre el 40 y 50% de los episodios de enfermedad se resuelven en el ámbito del hogar, sin la intervención de profesionales de ninguno de los subsistemas médicos;<sup>96</sup> en el área rural las prácticas en salud domésticas son más frecuentes que en el área urbana.
- o Por las características pluralistas del sistema, la población hace un uso ecléctico de prácticas, siguiendo un patrón similar al descrito como “racionalidad divergente”,<sup>97</sup> el cual consiste en que las personas combinan conocimientos y

<sup>95</sup> Cerón (2007)

<sup>96</sup> Garcés (2007)

<sup>97</sup> Cerón (2007)



prácticas de diferente origen (que incluso pueden parecer contradictorias), y las relacionan de formas racionales diferentes. En otras palabras, las “resignifican”. Esto hace compleja la comunicación con los “otros”, porque los razonamientos pueden ser perfectamente coherentes si se toman en cuenta las consideraciones en las que descansan, pero parecen irracionales cuando son analizados sin hacer dichas consideraciones.

- Las prácticas que se usan dependen de la percepción que se tiene de la enfermedad y sus posibles consecuencias. Juegan un papel importante las diversas percepciones acerca de la severidad, susceptibilidad, vulnerabilidad y riesgo que las personas tienen respecto al episodio específico de enfermedad.
- Las personas buscan mejorar o curarse lo antes posible y al menor costo. Este costo no es únicamente en un sentido económico, monetario, sino que incluye costo en tiempo (qué actividades se verán relegadas al dedicarle más tiempo a la atención del padecimiento y cuál es la consecuencia de relegarlas).
- Las alternativas que las personas consideran dependen de dos factores generales: por un lado, el acceso a información sobre dicha alternativa (saber que existe, tener una opinión positiva acerca de su efectividad) y por el otro, la accesibilidad (económica, geográfica y funcional) que se tiene a la misma.
- Hay una actitud positiva de la población hacia la prevención,<sup>98</sup> la cual se manifiesta en las diferentes prácticas y rituales que usan para evitar enfermarse o para mejorar su salud. Estas prácticas van desde el uso de amuletos y “secretos” para evitar que

alguien sea ojeado, el encomendar a dios o a los santos los viajes o las actividades cotidianas, las prácticas de higiene general de la población, las consideraciones sobre los efectos de los alimentos en el cuerpo que hacen las mujeres que preparan alimentos, las medidas para evitar los cambios de temperatura que puedan derivar en problemas de salud, etc. Es importante resaltar que este sentido de prevención está, en cierto modo, desvinculado a la prevención desde la perspectiva biomédica, es decir de la que se brinda desde los servicios de salud: únicamente el 2.6% de la población utiliza los servicios de salud de manera preventiva, y el número es menor en el área rural que en la urbana<sup>99</sup>.

- La población no considera a la “buena salud” como el centro de la vida, sino más bien como un medio que permite desarrollar las actividades productivas y recreativas. Además, se considera a la buena salud como un resultado de llevar una vida correcta. Por esta razón, generalmente las prácticas en salud tienen que negociar su espacio con las actividades cotidianas<sup>100</sup>.
- Hay grados variables de separación entre religión y medicina, entre lo metafísico y lo físico que afecta a la salud. Esto sucede incluso en los profesionales de la biomedicina. Es decir que, aunque el discurso de la ciencia contemporánea indica que la separación de la religión y la medicina, de los oficios de sacerdote y médico, fue un momento clave en el desarrollo de la medicina científica, en la práctica de la población dicha separación no se da del todo<sup>101</sup>.

<sup>99</sup> A. Garcés (2007).

<sup>100</sup> Cerón (2007).

<sup>101</sup> Ídem

<sup>98</sup> Scrimshaw, citado en Cerón (2007).



*¿Cómo se vinculan las personas con los servicios de salud? Variables que inciden:*

### **La condición socioeconómica**

Existe evidencia de que las familias con menores ingresos económicos se apoyan más en la auto atención de la salud que las de mayores ingresos. La población en pobreza y extrema pobreza usó la auto atención en el 54% de casos, mientras que la población no pobre la usó en el 42%.<sup>102</sup>

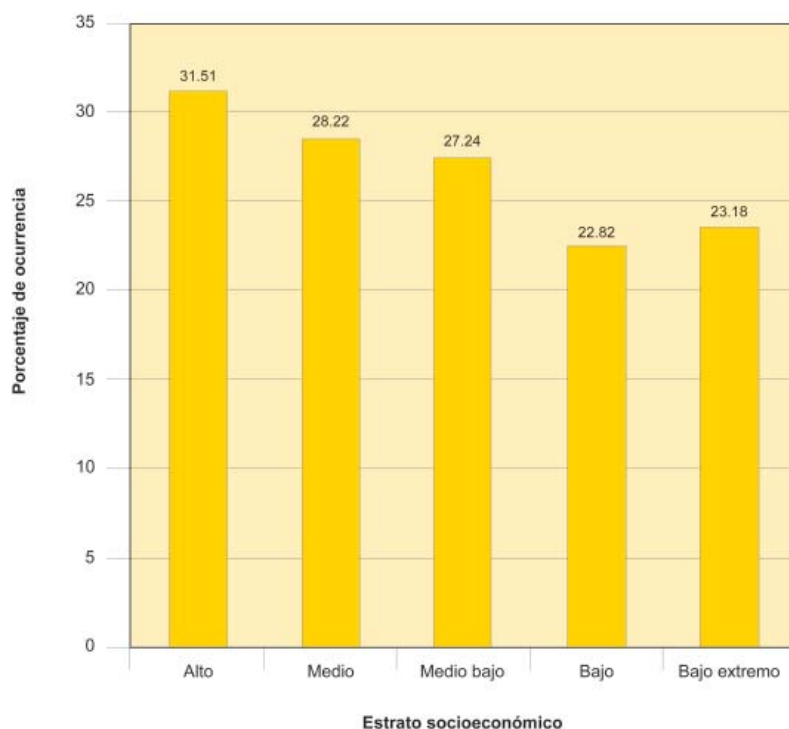
Según datos de ENCOVI 2000<sup>103</sup>, conforme aumenta el estrato socioeconómico, aumenta el porcentaje de personas que reportan un episodio de enfermedad –a pesar de que se conoce que mientras más bajo sea el estrato la morbilidad es mayor– (ver Gráfica No. 40). Estos datos indican la posibilidad de un efecto de acceso a servicios, en el cual la morbilidad

<sup>102</sup> Gagnolati & Marini (2002).

<sup>103</sup> A. Garcés (2007).

**Gráfica 41**

Reporte de ocurrencia de enfermedad, accidente o quebranto de salud, en el último mes, por nivel socioeconómico en porcentaje



Fuente: Garcés 07

se percibe en función de la posibilidad de acceder a un servicio de salud: mientras más alta es la posibilidad de acceder a un servicio, mayor es la probabilidad de reportar episodios de enfermedad. A la vez, si la posibilidad de acceder es escasa, se reporta poco, a pesar de la existencia de morbilidad.

La relación entre la percepción de la enfermedad y el estrato socioeconómico es más compleja que su vinculación con el acceso, pues concurren otras variables tales como el nivel educativo y, en el caso de Guatemala, el grupo étnico. Es conocido que los pueblos indígenas viven en condiciones más precarias que los no indígenas y que son mayoría en los estratos más bajos. Esta situación conduce a considerar que la menor percepción de la enfermedad en los estratos más bajos puede tener su origen en una distinta cosmovisión.

Cuando una persona está enferma pero no acude a un servicio de salud, la razón más importante de no asistir, en cerca de una cuarta parte de los casos, fue la falta de dinero para acceder a los servicios. Mientras más bajo era el nivel socioeconómico, más importancia cobraba este elemento. La distancia al servicio de salud, la siguiente razón más importante, se reportó en menos del 6% del total de casos.

Las personas de los estratos más bajos reportan menor ocurrencia de episodios de enfermedad y muy poca consulta por servicios preventivos. Presentan mayores y más prolongadas ausencias por episodios de enfermedad. Buscan más servicios en personal afuera del sistema formal de salud o



no toman acciones ante el mismo. Requieren un mayor número de consultas por episodio y consultan más a los servicios públicos de salud como Centros y Puestos. Deben recorrer distancias más largas para la búsqueda de servicios y el costo de los servicios es la causa más común por inaccesibilidad a los mismos.

Mientras más alto es el nivel socioeconómico, mayor es la percepción de episodios de la enfermedad, así como el número de consultas por causas preventivas. En el momento de enfermarse, presentan menor número total de ausencias y menor número promedio de días, así como menor número de consultas. Buscan servicios de personal formal de salud en clínicas privadas o IGSS, más que servicios públicos.

#### *Género*

Las mujeres reportan más episodios de enfermedad y consultan más por servicios preventivos que los hombres. Las mujeres se ausentan menos y por períodos más cortos de sus actividades cotidianas. Reportan mayor inaccesibilidad económica y son quienes se encargan de la atención de la salud dentro del núcleo familiar. Las mujeres parecen estar en el centro de las decisiones sobre si curar en casa o acudir a un terapeuta o al servicio de salud. En cuanto a estas decisiones, la condición de mujer y los extremos de la vida relegan a las mujeres respecto a los hombres en cuanto al orden para utilizar los recursos en salud<sup>104</sup>.

Los hombres reportan menos episodios de enfermedad y consultan menos por servicios preventivos. Sin embargo, se ausentan más de sus actividades y durante períodos más prolongados. Consultan más a hospitales públicos, lo cual podría reflejar una mayor severidad de la enfermedad. El hecho de consultar menos no necesariamente indica que enfermen menos que las mujeres, al parecer la condición de hombre impone un rol social en

el que “aguantan más que las mujeres” y no desarrollan en rol de cuidadores.

#### *Edad*

Los niños son los que más acuden a los servicios de salud y quienes menos deciden sobre estos. Generalmente están al cuidado de la madre, la abuela u otra mujer de la familia; en algunos casos resulta ser la hermana. El grupo de adultos mayores (60 años y más), presenta más episodios de enfermedad y tarda más días en reincorporarse a actividades normales. El número de episodios de enfermedad aumenta con la edad. El grupo de personas comprendidas entre los 18 a 59 años acuden menos a la consulta de problemas de salud que el resto de grupos de edad.

#### *El acceso*

Si se parte que el sistema de salud está integrado por diversas instituciones –que van desde terapeutas tradicionales hasta servicios médicos públicos y privados– es posible afirmar que toda la población tiene disponibilidad de algún servicio, con distintas capacidades de resolución. El problema radica entonces en que esta disponibilidad no siempre es la que se requiere para los problemas particulares y que disponibilidad no significa acceso a servicios. Según los datos presentados, el principal problema es de acceso económico, aún la distancia no parece ser un problema. Por lo tanto, el acceso se puede homologar con la capacidad de pago de las personas. Al carecer de los medios económicos para atender los problemas de salud, la auto atención se convierte en la principal estrategia de resolución de los problemas.

De acuerdo a la gráfica anterior, cuando una persona hace uso de servicios de salud, el lugar más frecuente fue una clínica privada, seguido de centro de salud, el hospital público y puesto de salud. La consulta a la clínica privada fue notablemente mayor en el área urbana que en el área rural. La consulta a puestos de salud,

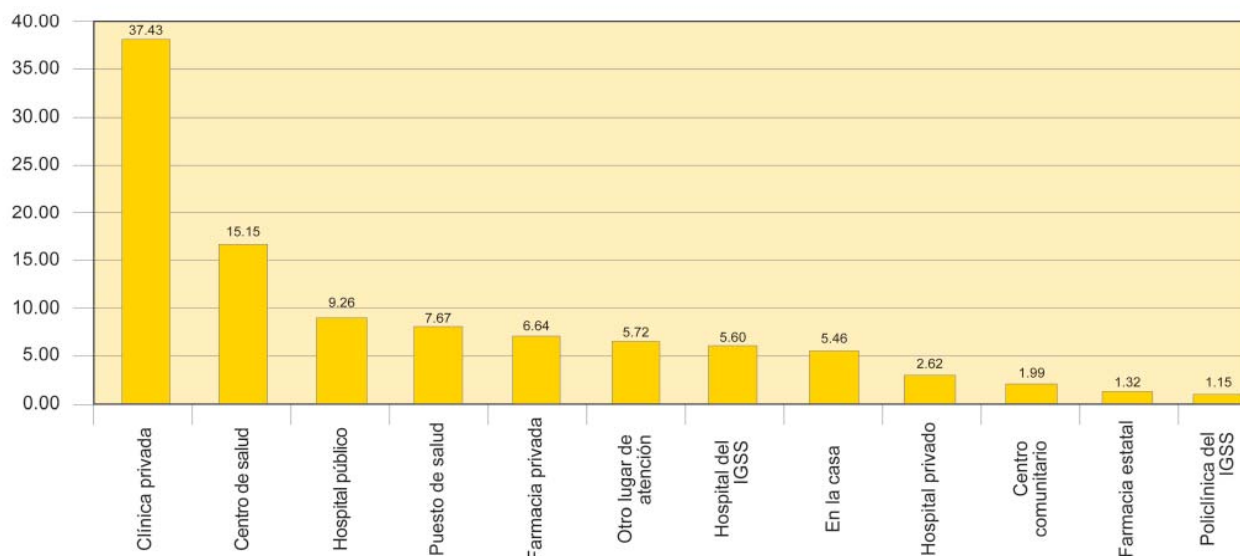
<sup>104</sup> A.Garcés (2007)





**Gráfica 42**

Lugar de consulta por enfermedad, accidente o quebranto de salud en el último mes, en porcentaje



Fuente: AL Garcés 07

centros de salud y centros comunitarios es mucho más frecuente en el área rural que en el área urbana.

*¿Cómo perciben en los servicios las prácticas poblacionales de salud?*

“A la gente no le interesa la prevención, pero llega en manada para que la curen; la gente espera mucho para consultar y llega cuando ya la enfermedad está muy avanzada; rechazan la hospitalización y sienten que ésta es como una condena de muerte; no siguen las indicaciones y plan educacional relacionados con dieta, ejercicio y descanso, pero exigen pastillas e inyecciones para aliviar los síntomas; no regresan a consulta cuando se les indica; le hacen más caso al de la farmacia o a personas sin entrenamiento médico que les recetan medicinas dañinas o inefectivas para su enfermedad; a la gente ‘cuesta entrarle’ por sus creencias sobre las enfermedades y su curación”.<sup>105</sup>

<sup>105</sup> González (1966), citado en Cerón (2007).

La cita anterior, aunque data de hace 40 años, parece estar vigente. Las prácticas poblacionales en salud son un terreno desconocido en los servicios de salud, son descalificadas y en el mejor de los casos “utilizadas” de manera débil y poco sistemática. Las prácticas poblacionales en salud han recibido poca atención desde el campo de la salud pública, lo cual ha hecho que entre los trabajadores de salud persistan creencias inexactas o totalmente equivocadas sobre las mismas. Por ejemplo, se ha señalado repetidamente que hay grupos (generalmente población indígena o pobre), en que factores psicológicos, sociales y culturales los hacen orientarse sólo al presente, sin pensar en el futuro, por lo cual son dados a ser conformistas e irresponsables respecto a su salud.<sup>106</sup> Otros han señalado que hay una diferencia en la cultura de ciertos grupos (generalmente población indígena o pobre) y los conocimientos médicos, que hace imposible que se logre una buena comunicación entre los dos, por lo que hay que dejar que cada grupo se atienda según su cultura.<sup>107</sup>

<sup>106</sup> Ídem

<sup>107</sup> Joralemon (2000), citado en Cerón (2007).



También se ha señalado que ciertos grupos (generalmente población indígena o pobre), sólo tienen “creencias” sobre la salud que no son válidas a la luz de los “conocimientos científicos” de los médicos, por lo que hay que “educarlos” para eliminar sus creencias.<sup>108</sup>

Esta diversidad de concepciones sobre las prácticas poblacionales desde los servicios de salud no sólo las invisibilizan, sino además las descalifican, relegándolas a un plano “no útil” en la búsqueda de la salud de las personas. Estas concepciones están presentes en todos los niveles jerárquicos del sector y es así como logran permear las políticas de salud, las prácticas administrativas y las intervenciones operativas. El negar la coexistencia y complementariedad de las prácticas poblacionales con las intervenciones de los servicios de salud, inevitablemente conduce a deficiencias en el abordaje de los problemas y a resultados no siempre esperados y deseables en la salud de la población.

### *Implicaciones*

La evidencia presentada en este capítulo da cuenta de las capacidades y recursos que posee el sistema de salud en general, y de manera particular el sector salud, para resolver los grandes desafíos en salud poblacional. Se nos presenta un panorama de un sistema que, desde sus orígenes, se fragmentó en distintos prestadores de servicios de acuerdo a una lógica que responde a la estratificación social y económica del país y que se ha consolidado a través del tiempo. En la actualidad, de acuerdo al estrato al que se pertenece, y por ende a la capacidad de pago, se tienen acceso a distintos niveles de complejidad y calidad de atención de la salud.

El sistema es financiado en su mayoría por el gasto privado y de éste, son los hogares los que hacen el mayor aporte, lo cual no es muy

halagüeño en un país con índices de pobreza aumentando. Las capacidades de regulación y rectoría del MSPAS son débiles y mantiene una suerte de aislamiento sectorial, en donde no ejerce su liderazgo convocando a otros actores extra sectoriales de importancia estratégica.

Los recursos humanos son escasos y se ubican en donde parece haber menores necesidades de salud. El modelo de atención del primer nivel, implantado ya hace más de una década, si bien ha tenido importantes logros en algunos objetivos estratégicos como el incremento de la cobertura de inmunizaciones, aún no muestra su impacto en la salud poblacional. Al parecer, éste profundiza las inequidades en la atención de la salud (por la vía de la exclusión de otros grupos poblacionales) y responde a un perfil epidemiológico superado.

Ante tal panorama, los actores sociales y políticos de la salud imaginan un futuro donde resalta con fuerza la mejoría de lo ya existente, es decir, más de lo mismo pero mejor.

En el país prevalece un imaginario en el que las instituciones públicas son descalificadas a favor de lo privado, donde salud significa escapar de la enfermedad y donde se concibe la atención de la salud en función del acto médico y el uso de medicamentos.



<sup>108</sup> Good (1994), citado en Cerón (2007).

## Capítulo III



El contexto para la acción política de los actores dentro del sistema de salud

Así las cosas, el sistema de salud y el sector salud enfrentan los desafíos en condiciones de precariedad, misma que requiere profundas transformaciones, políticas, financieras, organizacionales, ideológicas y operativas.

Es muy difícil hacer afirmaciones sobre dónde hay que iniciar la tarea, más bien, esta situación hace evidente que lo que se necesita es un proceso profundo de reflexión y diálogo entre actores. En el capítulo siguiente, se enfatiza precisamente en la capacidad de maniobra del sector de cara a las transformaciones.

Las funciones y acciones para la promoción, recuperación y rehabilitación de la salud y la prevención de la enfermedad que están vinculadas al sector salud, encuentran sus posibilidades de realización y su configuración en la forma en que se lleguen a establecer las relaciones entre los actores sociales y políticos de la salud y qué intereses o incentivos modulan sus dinámicas<sup>109</sup>. Estas relaciones no surgen en un contexto neutral, sino por el contrario son profundamente influenciadas por los procesos histórico políticos que ha vivido el país.

<sup>109</sup> Se entiende por actores políticos a aquellos sujetos que, teniendo una práctica política, tienen una organización propia y se expresan políticamente. Pueden concurrir también en la arena, actores sociales, los cuales pueden o no ser sujetos políticos, tal es el caso de los movimientos sociales que además de tener una base social heterogénea, no tienen organización ni expresión política duradera e institucionalizada.

Aproximarse a este contexto socio histórico y a las relaciones entre los actores de la salud requirió dos estudios<sup>110</sup>. En uno se analizan los últimos 20 años de la historia nacional, enfatizando en los elementos que influenciaron la actual configuración del sistema de salud; y en el otro se abordan las relaciones de los actores desde la perspectiva de la toma de decisiones dentro del sector salud. Estas dos aproximaciones brindan información valiosa sobre las posibilidades y oportunidades de maniobrar en el ámbito político que tiene el sistema de salud, de cara a las transformaciones que necesita. A continuación se presentan los datos más relevantes.

### Las relaciones de los actores de la salud

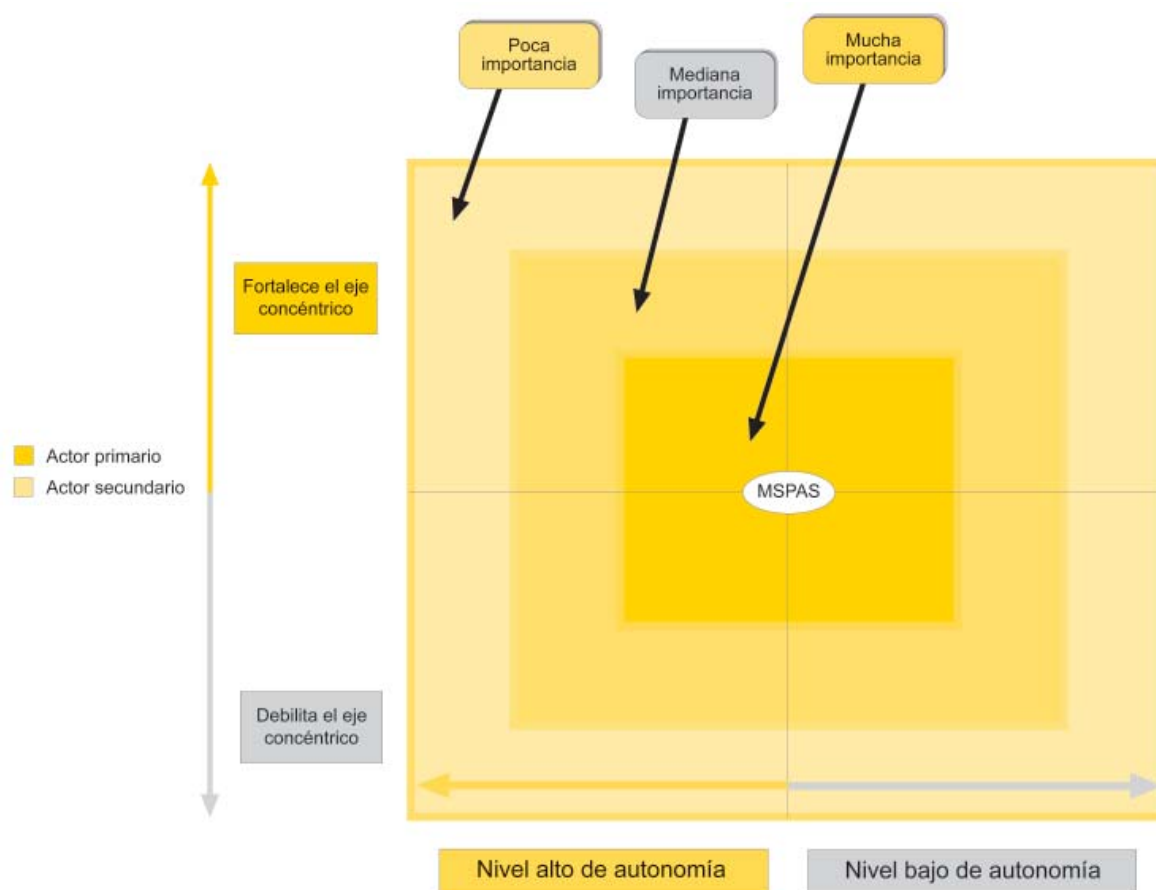
Para adentrarse en la comprensión de estas relaciones, el estudio que se llevó a cabo intentó hacer una primera aproximación a la comprensión de las relaciones que se establecen en el complejo campo de las decisiones vinculadas a la rectoría, financiamiento, formación y generación de recursos y prestación de servicios de salud. En este estudio, se colocó al MSPAS en el centro del análisis por ser éste, en el plano formal, el eje concéntrico de la toma de decisiones en el sector.<sup>111</sup>

<sup>110</sup> Gutiérrez (2006) y Jiménez (2006).

<sup>111</sup> Jiménez (2006).



**Gráfica 43**  
Esquema explicativo del mapa de actores en salud



Fuente: Jiménez 2006

Inicialmente se identificó entre todos los actores involucrados en el sector a aquellos que fueran relevantes para la toma de decisiones. Entre los actores identificados y analizados se incluyeron: instituciones públicas como el seguro social, la Presidencia de la República, el Ministerio de Finanzas, el organismo legislativo; además, se incluyeron las municipalidades, las ONG's de salud, la industria farmacéutica, la iglesia, los sindicatos, la empresa privada, las universidades y la cooperación internacional, específicamente el Banco Mundial, el BID, la USAID, la OPS-OMS, y la UE.

El análisis consistió en determinar si los actores eran primarios o secundarios, es decir si son tomados en cuenta o no para tomar decisiones atinentes al sector; si sus acciones fortalecen o

debilitan el eje concéntrico; si sus acciones son importantes para el sector o si sus acciones son autónomas del MSPAS.<sup>112</sup>

<sup>112</sup> En cuanto al **nivel de autonomía**, se clasificó en alto si el actor en la mayoría de sus actividades no depende del eje concéntrico; medio si el actor en algunas actividades no depende del eje concéntrico y bajo si el actor en la mayoría de sus actividades depende del eje concéntrico. En cuanto a la **orientación interna o externa al sistema**, se consideró como orientación externa si el actor se orienta a debilitar el eje concéntrico y orientación interna si el actor se orienta a fortalecer el eje concéntrico. El **nivel de importancia** respecto al sistema se clasificó como muy importante si la ausencia del actor determina la existencia del sector; poco importante si la ausencia del actor resulta en la falta o debilitamiento de las funciones, sin que el sector en su conjunto este en riesgo y nada importante si la ausencia del actor no afecta al sector. Se consideró **actor primario** al que es tomado en cuenta al momento de la toma de decisiones respecto a la rectoría y **actor secundario** al que es tomado en cuenta parcialmente o ignorado al momento de la toma de decisiones respecto a la rectoría.



Para expresar físicamente el mapa de relaciones se construyó el siguiente modelo:

El análisis de las dinámicas reveló que de los actores que toma en cuenta el MSPAS para la toma de decisiones, se identifica a la Presidencia de la República como un actor que se orienta a debilitarlo y que, si bien es un actor determinante para la existencia del propio universo decisional del sector, al desarrollar programas específicos de salud, vinculados a algunas de las secretarías de la Presidencia pero desvinculados al MSPAS - y a veces duplicando esfuerzos - tiende a operar sin la rectoría explícita del MSPAS.

Dos actores internacionales primarios, BID y Banco Mundial, son determinantes en la existencia del sector. Se orientan a fortalecer el rol del MSPAS como eje concéntrico mediante el financiamiento que otorgan en el contexto del proceso de reforma del sector y, si bien formalmente no determinan líneas de acción o estrategias, es en los términos y redacción de los compromisos del financiamiento donde se pone atención a ciertas variables que, en la práctica, se constituyen como puntos de agenda de la gestión pública de la salud.

Como ejemplo de esto puede citarse el énfasis en la población materna infantil, la focalización en poblaciones en extrema pobreza, la introducción de paquetes básicos de atención y un esquema de recuperación de costos. De las otras organizaciones internacionales consideradas en el mapa, OPS, USAID y UE, el análisis revela que si bien inciden desde la perspectiva técnica en la toma de decisiones y tienden a fortalecer al eje concéntrico, resultan ser actores secundarios.

Dos actores con mucha importancia son el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y las municipalidades, pero ambos se orientan a debilitar el MSPAS en virtud de su estatus de autonomía que les permite, en

el plano formal, una vinculación de pares con él; es decir que desarrollan sus propios procesos y programas y no se subordinan ante la autoridad ministerial (por ejemplo, en su marco regulatorio y en sus sistemas de información).

El poder legislativo surge en el mapa haciendo distinción entre el Congreso en su conjunto como actor y las Comisiones específicas; esto debido a la dinámica propia de la actividad parlamentaria, donde gran parte de las decisiones se originan en la discusión en las comisiones.

Los actores del Congreso configuran su relación con el MSPAS de manera coyuntural, como resultado del interés que muestre cada bloque parlamentario o diputados de ciertos temas específicos y las posiciones que hay al respecto de cada uno. No pueden identificarse con precisión las tendencias generales por bloque parlamentario sobre el tema salud. En cuanto a las comisiones, la de salud y la de seguridad social, muestran debilidad ante la importancia que cobran las de moneda y finanzas por el tema del presupuesto. Esto revela que la racionalidad para la toma de decisiones en salud al interior del Congreso de la República obedece a intereses coyunturales, no necesariamente relacionados a las condiciones de salud del país, ni a la respuesta institucional a los problemas. Estos elementos son muy importantes de conocer para la tarea de incidencia política, pues dan luces sobre donde enfatizar los esfuerzos.

La industria farmacéutica, si bien no es tomada en cuenta para la toma de decisiones, encuentra en el MSPAS y el IGSS un importante cliente y logra beneficiarse de las estrategias impulsadas por actores primarios internacionales.

Las ONG's que funcionan dentro de los convenios que hace el MSPAS como administradoras y prestadoras de servicios, no son un







factor de importancia. Estas tienden a responder a la dinámica de la toma de decisiones del MSPAS. Otras ONG's consideradas en el mapa como la Fundación para el Bienestar de los Minusválidos (FUNDABIEM), la Instancia Nacional de Salud (INS) y algunas pastorales de salud, resultaron ser actores secundarios y poco importantes, pues no son tomados en cuenta para las decisiones y si bien son autónomas respecto al eje concéntrico, no inciden en la existencia o funcionamiento del sector. El trabajo de incidencia política y de propuesta de la INS puede adquirir en corto plazo mayor relevancia dentro del sector.

La dinámica de la toma de decisiones en el sistema de salud tiene al MSPAS como su eje fundamental, las autoridades políticas del Estado ejercen su autoridad a través de éste y, al menos en el plano formal, muestran una tendencia a no considerar los espacios, influencias o actores externos al sector público en el proceso de toma de decisiones. Esta situación no ocurre con los actores externos de la cooperación financiera internacional, quienes sí parecen permear la toma de decisiones.

Esto implica que la dinámica de la toma de decisiones formales esta concentrada en la dimensión de la institucionalidad del Estado, las decisiones ocurren y se reproducen solamente al interior del Ministerio, utilizan su propia información y con ésta se auto evalúan y se relacionan de manera parcial con su entorno, especialmente en lo relativo al financiamiento de sus programas. Esta característica puede restarle capacidad al Ministerio para vincularse con su contexto y reducir sus posibilidades de que las decisiones que se toman sean más eficaces y coherentes con la situación de salud que enfrentan.

Además, paradójicamente desde el mismo sector público, se expresa una tendencia al debilitamiento del MSPAS, pues actores determinantes para el sector como la Presidencia, el IGSS y las municipalidades, desa-

rollan acciones de salud al margen del propio Ministerio, redundando en una fuerte tendencia a que el sector siga fragmentado.

En la gráfica siguiente se presenta de manera esquemática el mapa de relaciones de los actores de la salud:

De acuerdo a los datos proporcionados por este análisis de actores, es posible ver con claridad al MSPAS debilitado en su función rectora, profundamente influenciado por la cooperación financiera internacional, con débiles relaciones inter-institucionales y sujeto a lógicas y racionalidades más bien coyunturales y alejadas del objetivo global del sistema: mejorar la salud de la población.

### El contexto socio económico e histórico

Con el objeto de lograr una aproximación a las variables económicas, sociales y políticas del país –las cuales tienen relevancia en la configuración del contexto de la salud y del sistema de salud actuando como sus determinantes y condicionantes– se desarrolló una investigación<sup>113</sup> que da cuenta de los procesos más relevantes en estos ámbitos, entendidos en su devenir histórico, considerando el período de 1985 a la fecha. Se resaltan además, las tendencias que prevalecerán hacia el año 2015, que posiblemente reconfigurarán la situación socioeconómica y política y que, por lo tanto, tendrán incidencia en la situación de salud y la configuración del sistema de salud.

Para esta investigación se eligieron 10 aspectos básicos que fueron desarrollados en términos de hipótesis, entendidas como respuestas tentativas a las siguientes preguntas de investigación: ¿cuál fue la reconfiguración política, social y económica ocurrida con la transición democrática de 1985?; ¿qué actores políticos, económicos y sociales cobraron relevancia en este período?; ¿qué cambios ocurrieron en el modelo político-económico?; ¿qué rasgos

<sup>113</sup> Gutiérrez E, (2006).

adquirió el modelo político-económico emergente?; ¿cuáles han sido las consecuencias para el Estado?; ¿cómo ha sido afectado el estado de derecho?; ¿cómo se ha afectado la sociedad en general?; ¿cómo se han afectado los movimientos sociales?; ¿cuál es el panorama en cuanto al medio ambiente?; ¿cuál ha sido la influencia de los Acuerdos de Paz?

Las hipótesis que dan respuesta a estas preguntas fueron desarrolladas mediante investigación de campo, revisiones bibliográficas y hemerográficas y algunas entrevistas. Parte del proceso incluyó la realización de talleres de consulta y validación con expertos invitados.

A continuación se describe una síntesis de los argumentos de cada una de las hipótesis desarrolladas por el autor de la investigación<sup>114</sup>.

*¿Qué ha sucedido en el contexto socioeconómico y político de 1985 al 2006?*

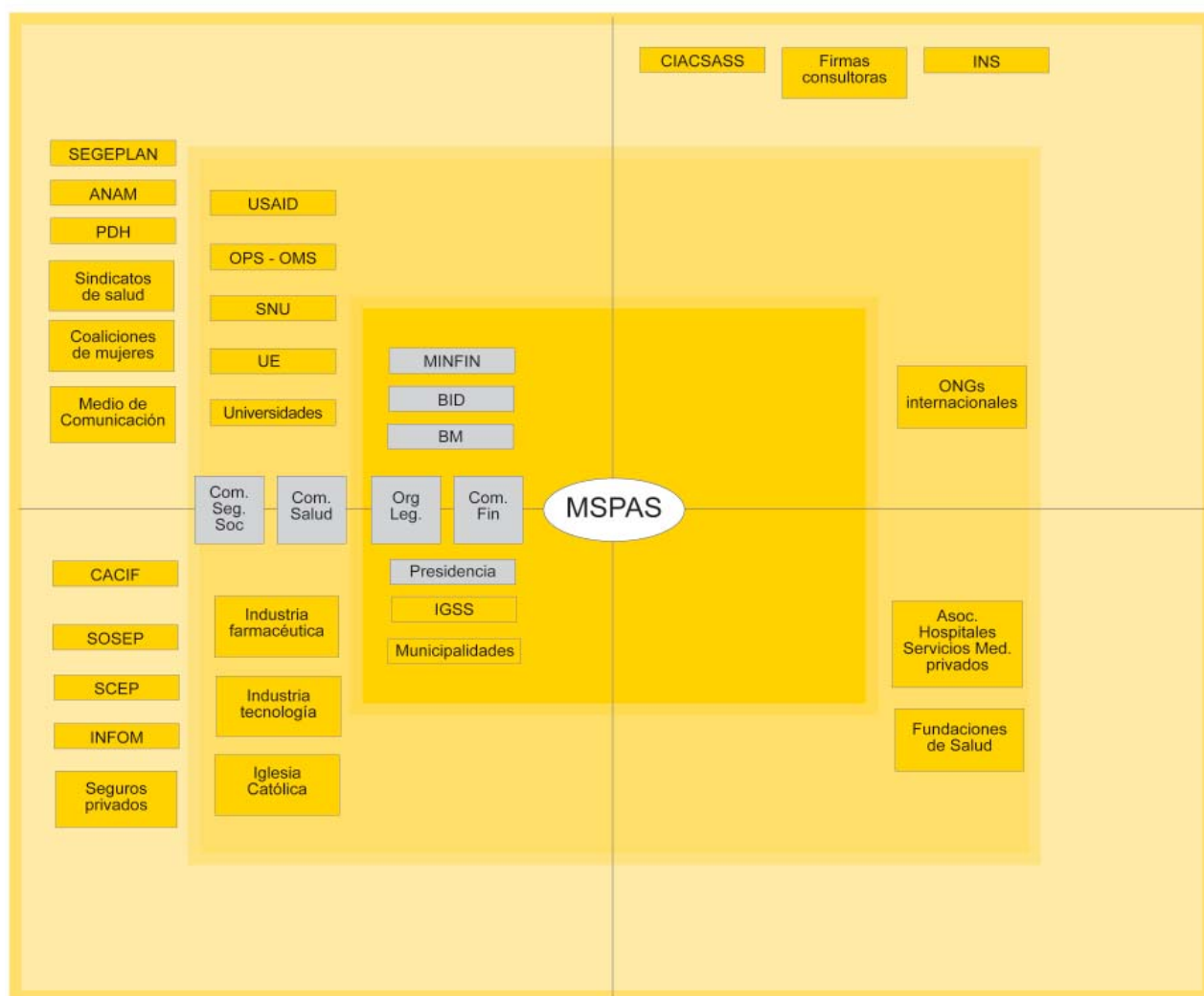
*Sobre los orígenes de la transición democrática.*

Las investigaciones revelan como ésta fue tutelada por el poder militar y erosionada financieramente por el poder empresarial. La democracia liberal resultante en 1985 no pudo

<sup>114</sup> Ídem

#### Gráfica 44

Mapa político de los actores de la salud de Guatemala



Fuente: Jiménez 2006



administrar las demandas sociales que habían sido levantadas durante la guerra civil; se consolidó el enclaustramiento del aparato civil del Estado, marcando el rumbo del deterioro y la pérdida de las capacidades públicas en materia de estado de derecho. Si bien en la constitución promulgada en mayo de 1985 los derechos civiles y políticos adquirieron un rango jurídico preeminente y la salud fue instituida como un derecho ciudadano, se debilitó a la par el poder tributario del Estado, lo que ha sido uno de los desencadenantes de una baja inversión social y en salud.

#### *Sobre la emergencia de actores económicos de poder*

Con la reconstitución política emergió una nueva generación empresarial con rasgos de “bloque hegemónico” que dirigió a la sociedad civil en el rescate de la democracia en los años 90 y dio anuencia a la negociación de una solución política al enfrentamiento armado interno. En este contexto, pronto este orden mostró sus límites estructurales: las reformas debían ser “diluidas” y adaptadas según la racionalidad de los negocios; se fortalecieron los grupos o carteles económicos y la suerte de los negocios dependió, como siempre, de las influencias desarrolladas en el Gobierno. Esta situación se ha traducido en la “captura” del aparato público por las élites del poder económico, que no logra responder a las demandas de servicios de la población y es sustituido por una oferta privada bajo una racionalidad de mercado.

#### *Sobre el dramático cambio de la estructura económica*

La información revela cómo en los años 80 los cambios en los patrones de demanda del comercio internacional, en un contexto de exacerbación del conflicto armado interno, tuvieron un efecto sísmico sobre el aparato productivo local. El país perdió sus dos motores de crecimiento –exportaciones agrícolas tra-

dicionales y las manufacturas al mercado centroamericano–, la fuga de capitales y los desórdenes cambiarios restaron capacidades para administrar la crisis. El cambio estructural consistió en la contracción de las capacidades productivas y de absorción de la fuerza de trabajo, con lo cual los niveles de vida de la población sufrieron una severa depresión. Como respuesta a esta situación, la población recurrió a las migraciones internas y externas y al desarrollo del mercado informal como estrategias básicas de supervivencia, situación que se mantiene y profundiza en la actualidad.

En cuanto a las implicaciones de este cambio económico para la salud, el hecho del aumento de la pobreza, la informalidad del empleo - junto con una capacidad reducida del Estado para dar respuesta - supone un deterioro de las condiciones de salud y una contracción de la población con acceso a los servicios de salud del IGSS.

#### *Sobre los rasgos del nuevo modelo económico*

Un nuevo modelo económico se implantó en medio de la crisis de reproducción social y económica de los años 80, el cual fue gobernado por los organismos financieros internacionales. El crecimiento económico resultó más modesto que el período anterior, disminuyó el peso de la agricultura y aumentó el de los servicios y las maquilas; el vínculo comercial con Estados Unidos fue en aumento y el cambio de roles inducidos en el Estado por los organismos antes citados hizo que bajaran los estándares de sus políticas sociales. Al cabo, las migraciones hacia el exterior, la economía informal y la economía del delito se consolidaron como datos duros en coexistencia con la economía oficial.

Las implicaciones de este nuevo modelo en la salud son bastante evidentes: con el nuevo rol del Estado, el ente rector de la salud –el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)– inició un proceso de reforma en



el que transfirió su función de prestador de servicios hacia el sector privado y estableció nuevas reglas basadas en la eficiencia y no en el mejoramiento de la situación de salud, con lo que modificó el sentido de la regulación de los servicios. El efecto de las migraciones en la salud aún no es estudiado con profundidad, pero datos preliminares revelan que una parte importante de las remesas son destinadas a la salud de las familias que las reciben.

#### *Sobre la degradación del aparato público en el contexto del paradigma neoliberal*

Las nuevas funciones que el paradigma neoliberal le dio al aparato público impidieron que éste siguiera siendo un mecanismo de movilidad social para las clases medias. Sin embargo, ganó más atractivo para los intereses corporativos que buscaron administrarlo directamente, consolidando y profundizando su injerencia en el Gobierno, convirtiéndolo además en su mejor cliente de negocios.

La reforma a medias del Estado bajo este paradigma, genera una gran contradicción: la sociedad le exige solucionar sus problemas sensibles, pero le niega suficiencia financiera; las nuevas fórmulas gerenciales de operación en el campo social, es decir basadas en la eficiencia y con racionalidad costo-beneficio, coexisten con el viejo estilo burocrático, el cual permanece marginal en las tareas estratégicas; el desprestigio y la desmoralización de los empleados públicos, quienes conviven con nuevos empleados públicos bajo modalidades de “flexibilización laboral”, profundizan el aislamiento de las instituciones y dificultan su reforma integral. El sistema de salud, y en particular el sector público de la salud como actor en este proceso de reforma incompleta (que por cierto se reforma un sistema público que aún no lograba consolidarse como tal), logra expresar esta nueva situación, al retroceder la inversión pública a favor de la inversión privada en la salud bajo una racionalidad comercial.

#### *Sobre los aparatos públicos de seguridad y justicia*

Si los programas sociales del Estado no han contribuido a la cohesión social, la crisis de eficacia y la debilidad de las instituciones de seguridad y justicia han abonado a la disgregación por la descomposición de los códigos que rigen el estado de derecho.

La criminalidad generalizada y la impunidad del delito conducen a la sociedad –en cada estrato social- a asumir previsiones de auto defensa privadas. La condición de postración de los aparatos de seguridad, o bien su captura por los poderes fácticos, constituye la amenaza principal de viabilidad estatal a corto plazo. Esta debilidad y fragilidad creciente del Estado y los augurios de su falta de viabilidad a causa de la pérdida del estado de derecho, tienen profundas implicaciones en la salud de la población, las cuales van más allá de los riesgos y daños a la salud por el clima de violencia; estos se adentran en la imposibilidad de la atención de la salud poblacional por un Estado debilitado y con distintas prioridades.

#### *Sobre las características del tejido social*

El tejido social ha sido sometido históricamente a un régimen de control y miedo. Largas dictaduras en los primeros 200 años de vida republicana y una tradición de discriminación y racismo contra los pueblos indígenas, fueron moldeando un carácter “polar” en los guatemaltecos: inhibidos, cautelosos y desconfiados, por una parte; eufóricos y agresivos activos, por otra; depresivos y conformistas, y al momento exaltados e impacientes por los cambios. El uso prolongado de la violencia formó en los guatemaltecos una capa protectora, especialmente porque nadie se responsabiliza por esa violencia y cada cual se esconde en su propia verdad y desde allí se aparta de la ajena, mirándola con sospecha o como una amenaza.







En el período de análisis de esta investigación, la sociedad sufrió dos desgarres profundos. Primero, la cruenta guerra civil quebrantó viejos códigos de valores de convivencia y se transfirió a conflictos cotidianos que se administraban localmente. El segundo desgarré: la migración motivada por necesidades económicas, quizá es menos traumático porque tiene el alivio de las comunicaciones cercanas y un horizonte de mejoramiento del bienestar familiar, pero también quebranta el modelo de las familias nucleadas, estables y gregarias.

Otro cambio notable en la vida social es la creciente incorporación al mercado de trabajo asalariado y por cuenta propia de las mujeres. La oferta de plazas en las plantas de maquilas textiles, en las cosechas de cultivos no tradicionales y en los establecimientos de servicio –incluyendo trabajos domésticos en las clases medias y media-altas sometidas al frenesí de las actividades– tiene un sesgo a favor de la mujer y propicia nuevos arreglos familiares y comunitarios, revelando nuevas necesidades de servicios sociales tales como guarderías u horarios de trabajo compatibles con la maternidad, por ejemplo.

Asociado a esas condiciones de vida en un modelo económico que genera frágiles campos laborales, se abre un horizonte dominado por la incertidumbre. Para describir las condiciones materiales de la mayoría de la población hay dos datos básicos: 1) las relaciones laborales son urgentes, múltiples y exigen altos niveles de desplazamiento y 2) el tiempo socialmente necesario para reproducir la fuerza de trabajo es un 50% o hasta un 100% superior a la jornada legalmente establecida. Esto quiere decir que las condiciones de trabajo para alrededor de un 70% de la población económicamente activa rige, ordinariamente, un ciclo de vida de 24 horas. El horizonte no puede ser más amplio, pues no existen certezas ni referentes confiables que den base a planificar o imaginar la vida en el largo plazo, por ejemplo, de la

próxima generación. Tampoco existe el tiempo “ocioso” necesario para ejercitar libremente funciones ciudadanas.

En el campo de la salud, esta falta de cohesión social asociada a una perspectiva de corto plazo logra permear las instituciones y a plantearse que los cambios parecen ser la “recomposición” de lo ya existente, sin atreverse a imaginar modelos y sistemas distintos.

#### *Sobre los rasgos y evolución del movimiento social*

El período autoritario 1954-85 no aplacó –más bien radicalizó– los movimientos sociales. El buen desempeño económico hasta 1980 y el estilo de organización del trabajo hacía viable la disputa de la distribución de la renta a través de sindicatos, huelgas y movilizaciones; además, en las zonas rurales la economía campesina sufrió una revolución de productividad con la introducción de fertilizantes y semilla mejorada. Es decir, había un excedente que disputar y una base material razonable para dar soporte autónomo a la organización social, pero también la idea de un sistema socioeconómico alternativo. Ese esquema se rompió. Primero, porque el nivel de represión oficial alcanzó fronteras inimaginables e indiscriminadas desde finales de los años 70, logrando aplastar con la fuerza de la brutalidad el capital social acumulado. Segundo, porque poco después, la implosión del comunismo derrumbó eventuales modelos alternativos.

Iniciando los años 90 emergieron dos actores de nuevo tipo en la historia del movimiento social. Una intelectualidad indígena se posicionó en el debate social, reivindicando su identidad y reclamando inclusión en las distintas esferas de decisión e influencia de lo que hasta entonces era un mundo monocolor dominado por lo ladino. Las mujeres, por los propios desgarres políticos y económicos –como se dijo al analizar los cambios del tejido social–, constituyen otro actor político emergente.



Si bien, como los indígenas, impulsan sus propias formas organizativas, éstas todavía no son tan determinantes en el paisaje político, como el peso específico que ellas adquieren aun diluyéndose en todos los espacios y manteniendo posiciones subordinadas frente al hombre. Lo cierto es que ahora constituyen una visible y reconocida fuerza de la economía formal e informal y su contribución a la manutención de las familias gana creciente peso, como también su presencia activa en los espacios públicos (organizaciones sociales, partidos políticos, centros escolares, etc.) Los jóvenes, en cambio, tradicionalmente fuerzas motoras de organización y cambio político, han quedado relativamente rezagados en este período.

En suma, el mundo de la organización social es ahora más diverso y extendido, pero menos cohesionado y permanente. De diversos modos han jugado un papel de sensibilización, pero la ruta de movilización está aun en construcción, probablemente porque –aunque las elites sociales ahora son más preparadas y tienen un roce más directo con el Estado y los grupos empresariales– no existe una visión compartida sobre las prioridades reivindicativas, su alcance y naturaleza concreta. Salvo cuando estos asuntos están claramente identificados, la movilización prende rápidamente (como en el caso de la resistencia a la minería) y hasta rebasa a las dirigencias y llega adquirir rasgos violentos (rechazo a aumentos de tarifas, desalojos de informales etc.) Es claro que los centros laborales no son ahora el eje de articulación del movimiento social; lo es, en cambio y de manera creciente, la comunidad entendida como espacio territorial vital en torno a emergencias como la inseguridad, defensa de recursos naturales o por acceso a servicios. En este sentido cobra gran importancia la manera como la comunidad percibe sus problemas de salud y cómo plantea las soluciones.

### *Sobre el deterioro de las condiciones medio ambientales*

Los desequilibrios económicos y sociales agudizados durante este período y la pérdida de gobernabilidad del Estado sobre los procesos de explotación de recursos naturales renovables y no renovables, han tenido un impacto directo sobre la degradación del medio ambiente. Las comunidades rurales se han ido convirtiendo progresivamente en la última defensa pública de los recursos y la conciencia ecológica del país, sin embargo su organización es heterogénea.

La frontera agrícola siguió avanzando a un ritmo notable, no obstante la pérdida de impulso de la agricultura y del deterioro general de las condiciones de producción. Una acumulación de tierras agotadas, de invasiones a áreas protegidas y recurrentes incendios forestales, forma parte de la pérdida gradual de la calidad del medio ambiente. Más recientemente, las posibilidades de reconversión de las tierras para el cultivo de materias primas para biocombustibles, constituye una amenaza de avance acelerado de la frontera agrícola en detrimento de los cultivos para consumo alimentario.

A la inseguridad tradicional sobre la propiedad de la tierra, que desata frecuentes conflictos sociales y obliga a migraciones temporales, se agregan este período la conflictividad derivada del manejo del agua y la vulnerabilidad de la población pobre o en extrema pobreza por la utilización desordenada del territorio y la ubicación de asentamientos precarios en zonas de alto riesgo.

Algunas regiones han perdido su capacidad productiva por los acelerados procesos de erosión. Además, el otorgamiento irregular de licencias de extracción de recursos renovables (bosques y pesca) y no renovables (minería y petróleo), han agudizado el clima de confrontación social. Un problema serio, en vastas zonas de Petén, Izabal y de manera



creciente en la región del Noroccidente, es el control territorial del narcotráfico; además que la sostenibilidad de la reserva de la biósfera maya se ha vuelto precario. Extensas zonas protegidas han sido colonizadas e invadidas, donde el consumo de leña es la fuente básica para energía doméstica, en tanto que las zonas de ladera y las áreas de manglares siguieron mermándose, igual que los bosques de pino y encino del altiplano.

En las zonas urbanas, el desbordamiento de asentamientos privados sin organización de servicios ni previsión de manejo de los recursos naturales ha generado un deterioro ambiental acelerado. A ello se suman los problemas de contaminación, proliferación de basureros clandestinos a orillas de ríos y en barrancos y la emisión de desechos sin control de las industrias y agroindustrias. Los términos de las concesiones que el Estado ha dado a entes privados para generación de energía han provocado costos crecientes para la población y, en los casos de la generación hidráulica, conflictos con comunidades y deterioro de áreas protegidas. Los impactos en las condiciones de salud y en sistema de salud van más allá de los problemas de saneamiento básico, pues inciden en la producción alimenticia, en las migraciones, en la agudización y en la profundización de la pobreza.

#### *Sobre la naturaleza y aplicación de los Acuerdos de Paz*

La firma de los Acuerdos de Paz constituyó un hito político en el período de análisis, que abatió la persecución por razones políticas. Sin embargo, la interpretación y aplicación sobre la serie de compromisos que conllevaban fue reduccionista por parte de las élites políticas y económicas.

La etapa de vigencia local e internacional de los acuerdos concluyó menos de una década después de haber entrado en escena, sin que

modificaran notablemente las tendencias críticas que venían en curso. Los acuerdos eran una agenda de gobernabilidad más que de transformación (o desarrollo), pero al no cumplir el primer requisito volvieron más frágil la función pública. La democracia y la paz, en contextos de precariedad económica y alta criminalidad, ya no tuvieron el mismo prestigio como recursos de cambio con el que llegaron investidas. En cuanto a la salud, el acuerdo final, si bien propugnaba por un incremento en el gasto público, restringió las intervenciones a la población materna e infantil, lo cual sugería una concordancia con las propuestas de reforma de los organismos de cooperación financiera.

#### **¿Qué tendencias socioeconómicas y políticas se pueden identificar?**

De acuerdo a las hipótesis desarrolladas en esta investigación, se identifican varias tendencias que inciden en las condiciones de salud de la población y la manera como se organiza el sistema y sector salud; estas son:

1. Un alto grado de desigualdad social en aumento, pobreza crónica e indicadores de salud con lenta mejoría;
2. Un debilitamiento progresivo del poder político democrático, el cual convive con el viejo régimen económico oligárquico, y un reforzamiento del poder económico ejercido desde espacios transnacionales
3. Precaria gobernabilidad democrática, expresada en la incapacidad del Estado para cumplir sus funciones básicas: brindar seguridad y abrir oportunidades de bienestar a sus habitantes. Es decir, la garantía de la integridad personal, la realización de los derechos sociales, incluyendo la salud, y las tareas de cohesión social
4. Pérdida progresiva de la soberanía del Estado nacional que se manifiesta



en dos áreas críticas: seguridad y comercio. El Estado guatemalteco ha seguido un doble estándar en estos aspectos; por un lado ha trabajado acuerdos regionales bajo el espíritu de “soberanías compartidas” (integración centroamericana o el Acuerdo de Asociación con la Unión Europea); por otro, ha cerrado acuerdos bilaterales que representan “cesión de soberanía” a terceros Estados y a los intereses de corporaciones transnacionales (DR-CAFTA)

5. Altos niveles de migración como consecuencia de la incapacidad de la economía local para absorber la fuerza de trabajo. Esta condición tiene implicaciones como la caída de ingresos de los trabajadores, la falta de cobertura social y la exclusión del crédito formal. Es decir, tiene una correlación con la desigualdad y el sentido de no pertenencia al sistema institucional. Esta tendencia afectará en primer lugar a los sistemas previsionales y la imprevisión fiscal del Estado para aportar sus cuotas a los próximos jubilados
6. Desarrollo de estrategias de sobrevivencia al margen de la gobernabilidad del sistema; a saber: economía informal y economía criminal
7. Fuerzas democráticas debilitadas, fragmentadas y desorientadas
8. Aislamiento de la sociedad civil progresista, falta de credibilidad de los partidos políticos y fortalecimiento de los poderes fácticos
9. Debilidad económica crónica, con incremento en la dependencia al endeudamiento externo e interno resultado del debilitamiento de la estructura fiscal
10. Partidos políticos y contiendas electorales expresando los intereses elitistas del país

11. Importante aumento de la vulnerabilidad ante desastres naturales.

### *Implicaciones*

El contexto para la acción política de los actores en el sistema de salud es complejo y retador; por un lado, el MSPAS - quien es por mandato constitucional, el rector de la salud en el país - muestra debilidad para la operación política y cierto aislamiento, que es más evidente en la toma de decisiones que implican la acción intersectorial; sus capacidades de regulación son limitadas y al parecer no cuenta con los recursos financieros, ni técnicos para esta tarea.

Por el otro lado, otros actores como el IGSS aun no logran vincular su dinámica y resultados más allá de la población de trabajadores afiliados; las municipalidades aún no logran redefinir su papel y responsabilidad en la provisión de servicios preventivos en un sentido amplio. Las agencias de cooperación internacional, especialmente las financieras, no han mostrado mucha permeabilidad a las reflexiones sobre los resultados que han tenido de transferir estrategias de desarrollo y modernización del Estado, aún con ciertas adaptaciones, a países como Guatemala. La sociedad civil aún no se plantea con claridad los desafíos que enfrenta y su papel para lograr mayor incidencia en las condiciones de salud de la población. Las universidades no logran consolidar los procesos de reflexión-acción sobre el tipo de personal en salud que el país necesita de cara al futuro. Por su parte, el sector privado lucrativo parece no percibir la importancia de su rol en la situación de salud del país y los desafíos que esto representa para su propio desarrollo sectorial

Estos actores se relacionan en un contexto matizado por las tendencias identificadas en este mismo apartado, por lo que es posible imaginar situaciones futuras si dichas



tendencias se mantienen o modifican. A continuación se presentan tres escenarios que describen posibles desempeños del país en relación a las variables económicas, políticas y sociales examinadas en esta investigación<sup>115</sup>.

### *Escenario de la precarización*

Significa la continuación del ritmo actual de deterioro institucional en los campos del bienestar social, la seguridad y el empleo, a la vez que se asume la imposibilidad de las élites económicas y políticas de identificar, en el ejercicio del poder, la articulación de políticas de Estado y promover líderes para la época de cambio. Este escenario tiene, cuando menos, cinco factores de incidencia:

*Mayor pérdida de institucionalidad:* supone que en un contexto de deterioro y exclusión social, las preferencias políticas de los excluidos favorecerán la emergencia de liderazgos poco dispuestos hacia el desarrollo de las instituciones; en estos casos los partidos políticos y las instituciones de la democracia representativa perderán influencia frente a movimientos y poderes fácticos, mientras que fenómenos como el clientelismo, el personalismo y la arbitrariedad de los gobiernos florecerán.

*Inseguridad, deterioro del estado de derecho:* los índices de violencia criminal siguen invariables y la sensación de inseguridad hace de las personas “policías” de hecho. Crecen las operaciones de limpieza social y los grupos delincuenciales contraatacan. Los narcotraficantes internacionales se consolidan en el país con sus sofisticados aparatos financieros y continúa la guerra por el control de territorios. Las maras ganan autonomía en relación a las mafias y aumentan su poder violento. Las elecciones periódicas para cargos de representación, así como para renovar las instituciones de derecho (Corte de

Constitucionalidad, Fiscal General y Contralor General de Cuentas), se contaminan de este ambiente, agregándose al clima de politización de la justicia. Avances en potencia de procesos legales en derechos humanos son llevados a esa arena.

*Malestar de la economía:* la tendencia del incremento en los precios internacionales del petróleo –que hasta ahora no había sido decisiva en los índices de inflación que se han acercado a los dos dígitos– comienza a pesar más. Los gobiernos deben acudir a mayores subsidios al transporte y la energía para evitar el encadenamiento de paros y protestas populares. No obstante, el difuso ambiente especulativo tiene de todos modos impacto sobre los precios internos, lo cual abona la insatisfacción popular. El PIB crece en promedio 3%, pero ese impacto se neutraliza por el malestar ante los precios y la angustia del desempleo. En contraposición, el TLC con EEUU contagia cierta euforia entre los inversionistas, pero la maduración de los proyectos es lenta (incertidumbre jurídica, resistencia de comunidades a las explotaciones de recursos naturales y a las concesiones).

*Mayor deterioro de la imagen internacional:* a pesar que el país tiene un intenso comercio con Estados Unidos que se amplía hacia la Unión Europea a través del Acuerdo de Asociación, pierde reputación por incumplimiento de compromisos de seguridad y de convenciones internacionales. Hay constantes roces en torno a certificaciones por el débil compromiso de las autoridades locales en la lucha antinarcóticos que empañan las relaciones exteriores en general.

*Disputas de poder exacerbadas:* las disputas por el control de los negocios vinculados a la agenda pública y las pujas de los prospectos a candidatos para las sucesiones presidenciales, exacerbando las contradicciones en las élites económicas y políticas, sin que se logren consolidar estructuras de partidos. Crecen

<sup>115</sup> Gutiérrez E. (2006).





las presiones sobre el Presidente como figura central de poder, a la vez que conflictos de interés, presuntos actos de corrupción y divisiones internas se ventilan, a través de filtraciones, en los medios. Ante los crecientes riesgos de no reelección en 2007, 2011 y 2015, las opciones de relevo en el poder político siempre conducen a escenarios de “acuerdos y gobiernos de transición”, siempre bajo la regulación de los poderes fácticos legales e ilegales.

*Factores de amortiguamiento:* a pesar de la fuerza disgregadora de los anteriores campos, el escenario de la precarización se amortigua por el dinamismo de varios factores, no necesariamente benignos. Los factores de amortiguamiento indican que:

1. Continúan los flujos de emigración a EEUU y siguen creciendo, aunque más pausadamente, las remesas familiares, no obstante las crecientes restricciones de seguridad
2. Sigue expandiéndose la economía informal, que permite condiciones de supervivencia a una porción creciente de la fuerza móvil de trabajo
3. Se afianza la economía criminal en los circuitos inmobiliarios y financieros y en los laberintos de las economías rurales e indígenas
4. EEUU sigue proporcionando un vital soporte político a los gobiernos en la medida en que este apoyo es condición para mantener vigilancia en asuntos de seguridad y hacer exitoso el tratado comercial
5. El movimiento popular logra movilizaciones importantes, pero sin continuidad ni fuerza orgánica, igual que la oposición representada en las legislaturas del Congreso, la cual sigue una ruta de pérdida de legitimidad ante la opinión pública.

### *Escenario de administración de la crisis*

Este escenario, cercano a lo deseable, se desprende de la capacidad de la sociedad de identificar oportunidades y emprender tareas de construcción institucional; es aquel en que se podría administrar los cambios con cierta eficiencia y promover algunas reformas democráticas en el Estado. En este escenario no ocurren cambios sustantivos en las condiciones generales de la inseguridad y deterioro del bienestar social, pero un encadenamiento de iniciativas públicas y privadas permite mostrar resultados, neutralizar amenazas coyunturales y afianzar el liderazgo necesario para evitar la dispersión de fuerzas. Condiciones clave para ello, en este escenario son:

*Se neutralizan las oposiciones portadoras de ingobernabilidad:* se emplea de manera efectiva el clientelismo a través de programas sociales, consejos de desarrollo y otras formas de organización. El movimiento popular está paralizado por una combinación de factores que, aprovechando su debilidad orgánica, abonan a su división e imposibilidad de implementar estrategias de incidencia. La oposición política sigue erosionada en su credibilidad pública y sus ejecuciones “no existen”, en la medida en que no reciben reflejo mediático.

*Respaldo internacional:* EEUU y los países europeos ejecutan operaciones de “salvamento” con iniciativas que dan lustre a los gobiernos y a los poderes corporativos afincados en el país.

*Iniciativas de gobernabilidad:* una serie de políticas sociales –de educación, salud, desarrollo rural, infraestructura– obtienen mejores rendimientos que en el pasado. Los operadores oficiales, a pesar de no tener mayorías legislativas, alcanzan acuerdos con bajo costo en el Congreso y aprueban iniciativas vitales para la agenda de la sociedad civil y la comunidad internacional. Se establece una amplia red de diálogos y acuerdos en torno





a políticas públicas asociadas a la agenda de cohesión social.

*Liderazgo, unidad de poder:* en este escenario los presidentes afirman un liderazgo que se traduce en una alta unidad orgánica y claridad de objetivos en las administraciones de Gobierno. Se logra trazar y dar seguimiento a las metas estratégicas de las Naciones Unidas sobre desarrollo y cooperación. Las disputas de negocios se disuelven y los factores disociadores, que operan motivados por mejores posicionamientos en los sucesivos relevos democráticos del poder, se someten a un régimen disciplinario. Las purgas en los gobiernos (renuncias de ministros, directores e incluso diputados) fortalecen su unidad, pues funcionan como “depuraciones” donde gana espacio cierta tecnocracia pública. Las operaciones sociales son efectivas y el Congreso cede ante la irresistible fuerza del Ejecutivo.

*Alianzas del poder corporativo:* las rivalidades entre los bloques corporativos (tanto locales como extranjeros), disminuyen porque han identificado campos de beneficio mutuo. Empresarios y operadores intermedios procuran acercamientos, sociedades de conveniencia y acuerdan los límites de sus diferencias. En este escenario, las previsible disputas entre facciones corporativas también bajan el filo de la agresividad. Otros actores políticos operan y traducen ese clima en programas de unidad nacional o nuevos pactos sociales con vistas a ganar pluralidad en los gobiernos, incluyendo el ascenso de gobiernos de centro izquierda o de izquierda. Así, la sucesión gubernamental pierde incertidumbre y gana en previsibilidad de rumbo, a pesar de que la población siempre demandará virajes más radicales en la gestión de las políticas públicas y la calidad de Estado.

probable. La historia dice que lo improbable se presenta con mucha mayor frecuencia de lo esperado. Considerando lo anterior, se identifican ciertas condiciones que, aun siendo improbables, tendrían alto impacto sobre la gobernabilidad democrática de Guatemala.

*Confrontación Congreso-Ejecutivo:* el Congreso sigue conformándose con bloques de minorías que tienen una alta movilidad entre grupos y bancadas, e impredecibles alineamientos políticos. El clientelismo es un código aceptado y permite al Gobierno reunir los votos necesarios para alcanzar la aprobación de iniciativas de ley por mayoría simple y, con un poco de esfuerzo, hasta con mayoría calificada. Los sucesivos cambios electorales y las reparticiones de cuotas de poder en los órganos contralores provocan, en conjunto, un realineamiento de fuerzas en el cual el Gobierno pierde sus capacidades de gobernanza sobre el Poder Legislativo. De tal cuenta, la tensión entre los organismos crece, los acuerdos son menos que imposibles y la gobernabilidad se vuelve insoportable, dando paso a una confrontación abierta.

*Salida del presidente:* en el horizonte de la próxima década, al Presidente de la República no se le reconoce como un líder nacional ni como un estadista que crece ante la adversidad. Su imagen es de vulnerabilidad ante situaciones desventajosas. Además, su salud no da las mejores señales. Esos son dos factores que dan pie a su eventual salida del Gobierno. Las consecuencias son imprevisibles.

*Revueltas populares:* el movimiento popular –informales, comunidades, empleados públicos, instancias indígenas– sigue sin distinguirse por altos niveles de organización ni por definiciones estratégicas, pero sí por su capacidad de inflamación y demostraciones de fuerza. A pesar de esas debilidades del movimiento popular tradicional, surgen movimientos locales aglutinados en defensa de los recursos naturales y contra los intentos de



privatizaciones. Surge amenazante el potencial de causar disturbios y violencia callejera por parte de las maras (decenas de miles de jóvenes), que sufren represión oficial clandestina y son blanco de extorsiones de la policía. Esta situación frente a eventos previsibles (alza de precios, privatizaciones, expropiaciones etc.) resulta altamente explosivo y tan espontáneo como ingobernable por su capacidad de contagio. De igual manera, abre el riesgo de desencadenar crisis institucionales.

*Ruptura en los bloques de poder:* la división cierta entre los grupos corporativos tiende, en este escenario, a ampliarse como una lucha más franca por el dominio en todos los terrenos (económico, político, social, de seguridad, mediático). Las mediaciones, los proyectos conjuntos y asociaciones de negocios fracasan por desconfianzas mutuas. Pero además, las fuerzas centrífugas presentes en los gobiernos adquieren mayor autonomía por la ausencia de liderazgos corporativos, provocando alianzas extrañas entre los antiguos enemigos (FRG/GANA, FRG/PAN, izquierdas-derechas) y divisiones entre los amigos (coaliciones de gobiernos). Los medios resultarían cajas de resonancia y campos de disputa.

*Desastres, inacción gubernamental:* aunque las previsiones de emergencias financieras tienen baja probabilidad, el territorio guatemalteco está expuesto a desastres de la naturaleza (terremotos, huracanes, deslaves, incendios, sequías, inundaciones, etc.) que amplifican sus efectos perniciosos por la vulnerabilidad de amplios sectores de la población, convirtiéndose en catástrofes sociales. Ciertos desastres ocurren y el Gobierno no adopta una posición activa, con la cual pudo haber revertir algunos de los factores que le eran adversos; al revés, pierde la iniciativa y la sociedad nota el rezago o impotencia oficial, el resultado entonces es que se alientan opciones alternativas de poder fáctico. En este escenario, la pérdida de iniciativa implica un altísimo costo para la

gobernabilidad. El Gobierno pasa de una crisis de conducción a una de legitimidad.

*Cambios en la lógica del narcotráfico:* se legaliza la droga. Las mafias narcotraficantes ensayarán una rápida adaptación a las nuevas condiciones. Sin embargo, se produce una inmediata caída de los ingresos totales de este negocio ilegal, que se harían notar en un país como Guatemala que ya era altamente dependiente de la economía del narcotráfico.

*Colapso económico internacional:* contraponiéndose a los escenarios anteriores que predecían un aumento de las exportaciones por los tratados comerciales con Estados Unidos, Europa y la ampliación del comercio con China en los próximos años, este imprevisto implicaría caída de precios internacionales y un duro golpe al aparato productivo y de servicios local. A su vez, se produciría una desaceleración del crecimiento y del comercio mundial en las proporciones de una *deglobalización*, que impactaría negativamente sobre la tasa de crecimiento económico. En un escenario de estas características, lo probable sería que los flujos de inversión a países como Guatemala se retraigan y que los capitales se refugien en posiciones de bajo riesgo en los países centrales. Una crisis de amplia magnitud podría expulsar a decenas de miles de emigrantes en Estados Unidos.

El primer escenario permite predecir que, de no modificarse la tendencia actual, las condiciones de salud se deteriorarán y las autoridades de salud no tendrán posibilidades ni la capacidad para enfrentar con éxito el reto de brindar salud a la población.

Si prevalece el segundo escenario y se encaminan los esfuerzos nacionales al rescate de la institucionalidad del Estado y consecuentemente se posibilita la función rectora del Ministerio o cualquier otra autoridad sanitaria (por ejemplo una con importante



representatividad de la sociedad civil y/o mayor participación del poder local), sería posible desarrollar medidas para, al menos, detener el deterioro y plantearse como sociedad medidas de fondo, considerando transformaciones profundas en los elementos fundamentales del sistema de salud: el rol del Estado, el financiamiento, la rectoría y la prestación de los servicios.

El tercer escenario revela posibilidades realmente catastróficas; dada la baja capacidad de respuesta ante tales problemas a nivel nacional y del sector salud en particular, las consecuencias en las condiciones de salud y el sistema de salud serían de un franco y rápido deterioro.

## Capítulo IV

### Implicaciones inmediatas



#### Reflexiones para la acción

Las investigaciones sobre el sistema de salud guatemalteco que se resumen y analizan en este documento buscan responder a la pregunta: ¿qué sistema de salud necesita Guatemala para que la población sea más saludable? En este sentido, se realizaron una serie de aproximaciones de tipo cuantitativo y cualitativo sobre los componentes fundamentales del sistema, indagando en su situación actual, las dinámicas y lógicas por medio de las cuales se relacionan y operan y sobre sus tendencias hacia el futuro, en un horizonte temporal hacia el año 2020. El énfasis fue puesto en el sector salud, y de manera particular, en el MSPAS, por ser la institución nombrada constitucionalmente como responsable de dirigir y coordinar las acciones de las otras instituciones pertenecientes al sector salud en la búsqueda del objetivo: que la población sea más saludable.

Si bien el horizonte temporal adoptado en las investigaciones es de 15 años hacia el futuro, los resultados presentados y analizados en ese documento son de particular importancia para los próximos años inmediatos, pues la gravedad de la situación no admite demoras en las acciones.

La información analizada aquí, más que un ejercicio en busca de satisfacer alguna curiosidad académica, pretende llegar a las personas que tendrán a su cargo el sector salud durante la nueva administración de Gobierno. Pero no llegar solamente como un listado de sugerencias bien fundamentadas, sino además como un llamado urgente a la acción, es decir, a tomar las medidas necesarias para que la sociedad guatemalteca comience a gozar de un sistema de salud eficiente y equitativo.

Los tiempos son propicios para iniciar acciones transformadoras, las nuevas autoridades de salud tienen la oportunidad de no cometer los mismos errores que sus antecesores y de apoyar y reforzar sus aciertos; para esto, cuentan con información sólida y actualizada sobre los diferentes aspectos del sistema de salud con la que las administraciones precedentes no han contado y además, todo cambio de autoridades genera una espera llena de confianza y esperanza que la situación cambiará. Si se logra aprovechar la información con la que se cuenta en este momento, el clima favorable para la acción y las transformaciones son posibles.

*Volar con las alas rotas*

Las autoridades de salud enfrentan una situación de dualidad que genera un inmenso





desgaste y las coloca en una posición de grandes dificultades para la acción. Por un lado, reciben constantes demandas de la sociedad civil, de los políticos y de las agencias internacionales para que entreguen servicios de salud a la población con prontitud, eficiencia y calidad, y además, que desarrollen las políticas públicas que sustenten las acciones. Por el otro lado, su presupuesto es reducido, la situación de su personal se precariza, carecen de tecnología, están desprestigiados ante la opinión pública y son saboteados desde dentro y fuera del aparato estatal.

Los orígenes de esta limitada capacidad de maniobra están en las características mismas del Estado. Desde que se inaugura el período de la democracia liberal en 1985, el Estado reconoce el derecho a la salud, pero simultáneamente no permite que, mediante aumentar los ingresos fiscales, se cuenten con los recursos para garantizarla. Esto se ha visto reflejado en varios aspectos; en primer lugar, los recursos asignados por el Gobierno a las dependencias de salud ha sufrido reducciones sostenidas; en segundo lugar, el valor real del presupuesto del MSPAS se ha contraído, teniendo como consecuencia el aumento del gasto directo del bolsillo de los ciudadanos.

Además, la falta crónica de financiamiento, logra impactar la agenda ministerial, por la vía de generar mayor permeabilidad hacia los fondos provenientes de la cooperación internacional, la cual pone a disposición recursos económicos (generalmente mediante prestamos) para acciones en salud, pero vinculados a prioridades y énfasis definidos en las agendas de los donantes, que no necesariamente responden a las necesidades de salud en el país.

El MSPAS, en los últimos 10 años, ha desarrollado mucha vida endógena, ha aprendido a regularse a sí mismo, a utilizar (bien o mal) su propia información y a darle seguimiento

a sus programas y acciones; lamentablemente, este crecimiento interno no se ha traducido en aumento de sus competencias para ejercer su papel de rectoría sobre las otras instituciones del sector, ni siquiera en las del ámbito público como el IGSS.

Esta debilidad en la rectoría obedece en parte a la falta de recursos económicos y competencias técnicas, pero en su mayor parte, resulta del aislamiento del Ministerio con respecto a las otras instituciones sectoriales y a su falta de incidencia y maniobra política. A manera de ejemplo puede citarse que las acciones de regulación desarrolladas por el Ministerio se limitan al registro de clínicas y hospitales, mientras que no se ejercen los controles adecuados sobre los fármacos, tanto los dispensados bajo receta, como con los de venta popular; no se ejercen controles sobre las municipalidades en cuanto al saneamiento básico ni el agua para consumo humano; ni se regula la práctica médica ni hospitalaria. Además de la falta de acciones de regulación, no se promueven políticas públicas saludables ni se ejerce presión sobre los demás sectores sociales a favor de la salud poblacional.

La debilidad rectora del MSPAS y la inacción resultante, favorece de manera natural a las instituciones y organizaciones, quienes encuentran en el campo de la salud un mercado libre de bienes y servicios, donde la oferta y la demanda son las únicas regulaciones. Con estas organizaciones, el MSPAS llega a establecer relaciones políticas débiles y en algunos casos de subordinación, como es el caso de las agencias de cooperación financiera y las corporaciones farmacéuticas. Con otras organizaciones, el Ministerio establece relaciones de tipo comercial, como el caso de las ONG's del programa de extensión de cobertura, a las que se les exige producción de servicios a cambio de un pago por los mismos.



Otro de los elementos que inciden en la debilidad institucional del Ministerio es el imaginario social que se ha generado sobre esta institución. Tomando como referencia los hallazgos de las investigaciones, podemos decir que el MSPAS es percibido, por parte de la población y de las mismas instituciones del sector, como ineficiente, obsoleto, de mala calidad e ineficaz; aseveración que sobrepasa los límites de los datos y las cifras para situarse, incluso, en la percepción subjetiva de la sociedad. Así, como consecuencia de este imaginario, las personas, sin importar cuál sea el estrato social al que pertenecen, piensan y creen que la atención en salud es de mejor calidad en el ámbito privado que en el público.

Las acciones del Ministerio se han configurado mediante programas que surgen bajo diferentes lógicas: algunos responden al ciclo de vida, otros a las enfermedades en las que enfatizan y otros en la estrategia que utilizan. Indistintamente de los resultados de los programas, esta estructura refleja que se han ido creando y sobreponiendo programa tras programa de acuerdo a las visiones y agendas de las autoridades de turno. Esto ha acarreado cierto grado de incoherencia interna, pues los programas trabajan de forma no coordinada, lo que finalmente conspira con la eficiencia y eficacia de las acciones ministeriales.

Los rasgos organizacionales y operativos del MSPAS son mucho más complejos y extensos de lo que se ha discutido hasta ahora; sin embargo, el énfasis que se ha hecho en la capacidad y posibilidades de maniobra política y operativa del Ministerio, intenta presentar un panorama real con el cual tendrán que trabajar las nuevas autoridades ministeriales.

#### *Débil pero con una gran tarea*

Sin importar cuán débil está el MSPAS en su capacidad rectora y operativa, cuán pequeño y débil está también el Estado, cuánta contracción

exista en la inversión en salud y cuánto las élites gobernantes privilegian los intereses corporativos sobre los sociales; las autoridades de salud tendrán que diseñar, desarrollar e implementar políticas y acciones que logren reducir o combatir las inequidades en las condiciones de salud de los guatemaltecos.

La salud, como se ha reiterado a lo largo de todo el documento, está profundamente vinculada con las condiciones de vida de las personas y en este sentido, el sector salud deberá redoblar sus esfuerzos para lograr atender de manera eficiente los problemas de salud que emergen de esta realidad: el número de pobres crece día con día, la cantidad de la población que aumenta con mayor intensidad en las comunidades de mayor precariedad, el crecimiento del desempleo y la informalidad laboral, la violencia, el déficit habitacional, el deterioro del medio ambiente y la creciente vulnerabilidad ante de los desastres, entre otras situaciones.

Cada día nacen 1.100 niños y niñas en el país; ya están entre nosotros las niñas que en los próximos 4 años será adolescentes y tendrán un embarazo no deseado por no haber tenido la oportunidad de decidir de manera conciente e informada; ya están caminando por nuestras calles los niños que no lograron crecer por falta de oportunidades de una buena nutrición y cuyas madres y padres replican el ciclo de pobreza al no tener la oportunidad de educarse u obtener un empleo digno.

Algunos de estos niños y niñas, que no son el futuro sino el presente del país, morirán por causas que pudieron haber sido prevenidas; algunas madres también morirán por las mismas razones.

Nuestras escuelas están llenas de niños y niñas desnutridos, enfrentando problemas para el aprendizaje y con las oportunidades reducidas



por ser pobres, o rurales, o indígenas, o simplemente niños.

Muchos jóvenes, ahora en mayor cantidad que nunca, intentarán en los próximos 4 años obtener un empleo y demandarán servicios de salud vinculados a su sexualidad o enfrentarán serios problemas de violencia. Es un hecho que la principal causa de muerte en los y las adolescentes, son los problemas de salud reproductiva y la violencia. Algunos niños que sobrevivieron a la desnutrición y a la falta de oportunidades, al llegar a adolescentes mueren por estas causas.

Cada vez hay más personas que rebasan los 60 años y con esto aumenta la incidencia de problemas crónicos y discapacitantes; este paso lo hacen en condiciones de precariedad pues la mayoría no tienen pensiones (90%) y, por lo tanto, no cuentan con mecanismos de protección financiera ante la enfermedad, haciendo que ésta se torne catastrófica desde el punto de vista económico, tanto para ellos como para la familia.

Se han logrado avances importantes: ya no tenemos casos de sarampión ni difteria y hemos certificado la erradicación de la polio. Hemos reducido la mortalidad infantil, aunque aún es de las más altas de la región latinoamericana. También hemos logrado reducir las muertes maternas. Estos logros deben consolidarse y mantenerse. Si bien se ha tenido cierto grado de éxito en reducir los indicadores de muertes maternas e infantiles, estamos lejos de contener los problemas de salud que parecen ser mucho más complejos.

Las enfermedades que han dominado el panorama epidemiológico del país han sido las transmisibles y las carenciales. Esto es congruente con las condiciones de vida de muchos guatemaltecos, pues estos problemas se asocian con la precariedad, la falta de agua y saneamiento y la carencia de alimentos. La

evidencia aportada por las investigaciones dan cuenta que, como causa de enfermedad y muerte, los problemas infecciosos tienden a disminuir, no así el problema de la desnutrición que tiende a aumentar. Las enfermedades crónicas como la diabetes, los problemas cardíacos, la hipertensión arterial y el cáncer, generalmente se asocian a la vida urbana y de opulencia. La evidencia aportada por las investigaciones muestra que este patrón se ha roto en el país y la tendencia de estos últimos problemas es hacia el aumento.

La prevalencia de diabetes se ha quintuplicado en los últimos 4 años y hay más casos de este problema en las poblaciones indígenas, rurales y pobres; lo que más llama la atención es que cada vez más mujeres lo padecen. Los casos de cáncer también aumentan, a la par de los problemas cardiovasculares.

La distribución de los problemas es heterogénea. En Izabal la principal causa de muerte es la violencia, patrón que empieza a verse en San Marcos; en el Oriente del país, la principal causa de muerte son las enfermedades cardiovasculares. Cada vez hay más casos de cirrosis, lo que es un indicativo del aumento de las secuelas del alcoholismo.

El panorama es complejo y obliga a repensar el énfasis que en la actualidad se hace en las acciones del MSPAS, pues es la atención de la población materna e infantil la que prevalece. En Guatemala mueren más mujeres por cáncer o por diabetes y sus secuelas que por problemas relacionados al embarazo y el parto. Los niños enferman y mueren de condiciones que van más allá de la diarrea y las enfermedades respiratorias, existe un gran contingente de adolescentes demandando atención, así como de adultos mayores. La salud laboral está totalmente descuidada y no se establecen estrategias de atención a los migrantes y sus familias.



Como se puede ver, a la debilidad institucional del MSPAS se le agrega que su estructura y procesos están diseñados y operan para una realidad poblacional y epidemiológica del pasado, la cual hace ya más de 10 años ha sido rebasada. Esto no significa que lo que se hace en la actualidad deba suprimirse, mas bien habrá que reflexionar sobre el sentido en que debe orientarse.

*¿Hacer lo mismo y esperar resultados distintos?*

A pesar de los esfuerzos conjuntos que realizan las organizaciones del sector salud, ciclo tras ciclo, programa tras programa, los indicadores de salud permanecen inalterables o con algunas pocas mejoras. Es bien sabido, desde hace mucho tiempo, que nuestro país padece problemas severos y crónicos en la prestación de servicios públicos y falta absoluta de control sobre los servicios privados de salud.

Con cada nueva administración ministerial se elaboran nuevos planes y se impulsan programas encaminados a reducir los índices que miden los problemas de salud, invirtiendo en ello grandes cantidades de recursos provenientes del presupuesto estatal o de la cooperación internacional; no obstante no se logra revertir la tendencia de que el gasto en salud provenga del gasto directo de los bolsillos de los ciudadanos.

A pesar de todas estas acciones e inversión, pareciera como si un velo cegara la comprensión de los encargados de promover, implementar y evaluar lo actuado cuando, ante el evidente fracaso, se vuelve a intentar la solución por el mismo camino y con los mismos métodos: dirigir las acciones a paliar las consecuencias que se muestran en las etapas más tardías del proceso, dejando intactos los determinantes sociales estructurales e intermedios de las inequidades en la salud.

Ahora bien, cuáles son las características de las acciones en salud que han sido reiteradamente

utilizadas y que no logran impactar positivamente en la capacidad del Ministerio para disminuir las inequidades en salud.

Uno de los rasgos más relevantes en este sentido es la reiterada posición de vincularse débilmente con otros sectores que son vitales para el goce integral de los derechos sociales, económicos y culturales, entre ellos la salud. Esta vinculación se hace formando comisiones y compartiendo eventos; sin embargo, no se logra ver al Ministerio asumiendo su papel como operador político, proponiendo e incidiendo en las políticas sociales que aún siendo de otros sectores, conciernen a la salud de los guatemaltecos.

La falta de financiamiento es otro mal crónico que necesita ser revertido, modificando la acción política de las autoridades de salud, de manera que se revalorice la salud en la agenda social del Gobierno y se logren mejores asignaciones.

El tema del financiamiento no sólo significa obtener más recursos sino qué hacer con estos. El modelo de atención impulsado por el MSPAS para llevar servicios básicos a la población postergada parece profundizar las inequidades, pues el tipo de focalización extrema que se ha seguido, no sólo deja por fuera a los hombres, los adolescentes, los adultos mayores, los niños y niñas mayores de 5 años y las mujeres fuera de la edad reproductiva, sino que los servicios ofrecidos de manera uniforme a todos los usuarios no responde a la realidad epidemiológica ni poblacional tan heterogénea del país.

Es comprensible que, ante la falta de recursos, la oferta de financiamiento de programas específicos impulsados por las agencias de cooperación financiera resulten no sólo atractivos, sino que se conviertan en las principales acciones que se realizan. No obstante esta realidad, el no negociar los fondos y los énfasis



de los programas ha conducido a que las acciones no desarrollen el máximo de beneficio, a pesar de las fuertes inversiones.

La población acude a atender sus problemas de salud de acuerdo a la naturaleza del padecimiento que se trate y a la disponibilidad y acceso del servicio que busca o necesita. La evidencia muestra que la primera opción de servicios son los privados lucrativos y esto está en relación al imaginario social de salud prevaleciente en el cual, como se mencionó con anterioridad, se privilegia lo privado sobre lo público. Este patrón en el uso de los servicios de salud hace que sea en los servicios privados lucrativos donde recae la atención de una gran cantidad de problemas, lo que puede ser el origen de que los gastos directos de bolsillo sean los predominantes en el gasto en salud.

Ante esta situación, el MSPAS ha adoptado una actitud de indiferencia (la cual le ha resultado muy conveniente), dejando que la prestación de servicios se comporte como un libre mercado, donde es la oferta y la demanda lo que lo dinamiza, donde no existen regulaciones y en el que el Ministerio se encarga de atender a aquellas personas que, por su precariedad económica, quedan fuera del mercado por no tener capacidad de pago. El no hacer esfuerzos por ejercer la rectoría en este sub sector, ha dado lugar a que se profundicen las inequidades en salud, pues se consolida la idea de que de acuerdo a la capacidad de paga será la calidad de la atención y las posibilidades de curación. Esta situación se profundiza también con ofrecer servicios focalizados en los pobres y con bajo nivel de resolución, pues a partir de la lógica con la que funciona actualmente el sistema, las personas de todos los estratos sociales, aún los más pobres, se ven obligadas a acudir a los servicios privados como única posibilidad.

El recurso humano es fundamental para realizar los cambios y transformaciones dentro

del Ministerio. Las consideraciones sobre quién debe ocupar cada puesto generalmente se hacen por mecanismos clientelares y no basados en los perfiles de competencias que se requieren. Esta característica tradicionalmente le ha restado capacidades a las distintas administraciones.

*Ante todo lo anterior, ¿qué hacer?*

En todas las sociedades del mundo - y en todos los tiempos - la población ha sufrido de enfermedades las que se distribuyen e impactan de acuerdo a las características económicas, sociales, culturales y demográficas prevalentes. Ante las enfermedades y sus consecuencias, las sociedades integran sistemas de salud con el objeto de que la población sea más saludable y que no existan inequidades en este ámbito.

Las inequidades en salud se generan cuando la estratificación socioeconómica y demográfica produce de manera sistemática situaciones de salud distintas para los diferentes grupos sociales y poblacionales. Los mecanismos por medio de los cuales la estratificación genera inequidades son: la exposición diferenciada entre los distintos grupos sociales a los riesgos, la generación de distintas vulnerabilidades entre ellos y las consecuencias que resultan distintas para cada uno de los estratos definidos.

Si bien el sistema de salud en su conjunto acciona para lograr la mejor salud y la equidad, desde una perspectiva operativa estas acciones recaen en el sector salud y, de manera directa, en el MSPAS. Por lo tanto, el énfasis que tienen estas reflexiones sobre lo que debe hacerse, recae principalmente en las acciones del MSPAS.

De acuerdo a las consideraciones anteriores y a los retos que enfrenta el sistema de salud de Guatemala, tanto desde su propia estructura como por las causas estructurales con las que





tiene que lidiar, es necesario acotar las acciones y los ámbitos de acción para evitar resultar dispersos y poco prácticos. La pregunta entonces es ¿qué hacer?

En este sentido, las acciones del MSPAS deben encaminarse en la búsqueda de:

- i) disminuir los efectos de la estratificación social
- ii) reducir las diferencias en las exposiciones diferenciadas a los riesgos
- iii) eliminar las diferencias en las vulnerabilidades de los diferentes grupos de población
- iv) desarrollar acciones y estrategias que minimicen o supriman las diferencias que tienen las enfermedades en los distintos grupos poblacionales.

No debe entenderse, sin embargo, que si un grupo está en mejores condiciones que otro, la equiparación significa que ambos estén mal, sino todo lo contrario; le meta es que las condiciones que detenta el grupo más favorecido puedan ser logradas por el que lo está en menor grado.

#### *Reduciendo los efectos de la estratificación socioeconómica y demográfica*

Quizá la acción fundamental en este ámbito sea que el MSPAS asuma su rol como operador político de la población en la búsqueda de la salud. Esto significa que en cada una de sus acciones debe considerar y privilegiar los intereses ciudadanos sobre los corporativos, o los del partido que llevó a los funcionarios de turno a sus puestos, o los de la agenda del donante. Es claro que los otros sub sectores y actores, tales como el privado lucrativo, o el no lucrativo, o el seguro social; tienen naturaleza distinta y por lo tanto sus intereses son diferentes a los del Ministerio. Sin embargo, es responsabilidad de esta institución lograr que exista un alineamiento de las instituciones del sector en términos del cumplimiento del objetivo.

Asumir su papel como operador político supone para el MSPAS el impulsar el trabajo intersectorial de una manera activa; no sólo creando instancias o comisiones, sino impulsando políticas y acciones a favor de la salud en todas las instancias del aparato público, del sector privado y de la sociedad civil.

Las políticas de salud se enmarcan en la estrategia de la promoción de salud, lo que significa “crear condiciones saludables”; es así como el impulso y abogacía desde el MSPAS en favor de las políticas de vivienda, empleo, mejores salarios y condiciones de trabajo, mayor tributación y demás políticas sociales y económicas, favorecerán el desarrollo de las condiciones necesarias para la buena salud.

Este enfoque también implica un papel mucho más activo del MSPAS con el IGSS y las municipalidades. Con el primero, para desarrollar actividades coordinadas y eventualmente compartir sistemas de información y abordajes de los problemas. Con las segundas, en el fomento del saneamiento básico y el mejoramiento del medio ambiente en general, como una responsabilidad municipal con la salud de la población.

Dentro de las políticas específicas para el mejoramiento de la salud, en el marco de la reducción de las inequidades por la vía de reducir los efectos de la estratificación, también se encuentran los subsidios y la intensificación de las acciones en salud para las poblaciones en desventaja. La diferencia entre la intensificación de las acciones en poblaciones vulnerables o en desventaja con la focalización de las acciones, es que la primera es parte de una estrategia de equiparación de oportunidades y se integra en una estrategia más amplia que tiende a la universalización del acceso a los servicios.





### *Reduciendo las exposiciones diferenciadas a los riesgos*

En cuanto a las políticas y acciones que reducen la exposición diferenciada a los riesgos entre los distintos estratos sociales se encuentran: el mejoramiento del medio donde las personas habitan, la provisión de servicios básicos, el saneamiento y la promoción de estilos de vida saludables.

El mejoramiento del medio es una tarea que no le corresponde de manera directa al MSPAS sino que es responsabilidad tanto de las autoridades municipales –en términos de la planificación y ejecución de la obra física– y de las organizaciones comunitarias, en términos de la movilización de voluntades, cabildeo y demanda activa de los servicios de saneamiento, agua potable y recolección y disposición de desechos sólidos. Los datos presentados muestran cómo un porcentaje muy bajo de las corporaciones municipales se preocupan por hacer que el agua sea apta para el consumo humano, que existan drenajes y que los desechos sólidos sean adecuadamente tratados, a pesar que estas acciones sin duda mejorarán la salud de la población. Ante esta situación, el papel del MSPAS es el de impulsar y exigir que estas acciones se realicen.

Las consecuencias y efectos de los estilos de vida generadores de riesgos, tales como el tabaquismo, la mala alimentación, el consumo de alcohol y el sedentarismo, ya se pueden ver reflejados de manera alarmante en el perfil epidemiológico del país. La indiferencia ante esta situación únicamente hará que aumente el número de casos y se profundicen los efectos de estos problemas en la vida familiar, en la economía doméstica y en la productividad del país.

La tarea de fomentar los estilos de vida saludables, va más allá de desarrollar charlas educativas o hacer campañas informativas

esporádicas; más bien implica ejercer una fuerte rectoría en la distribución de alcohol y tabaco, incidir en la alimentación que se ofrece en las tiendas de las escuelas, las cadenas de comida rápida, los puestos de comida callejera, entre otros; fomentar y cabildear para que se generen espacios seguros para la recreación y profundizar e intensificar los programas de escuelas saludables, extendiéndolos más allá de la primaria, entre otras acciones.

Esa tarea es compleja pues no sólo involucra a las autoridades de salud; implica coordinación con otros actores del sector y extrasectoriales y nuevas actividades de regulación, especialmente las vinculadas con el sector privado, lo cual necesita respaldo en instrumentos legales, que en algunos casos existen, pero no son ejercidos (por ejemplo la venta de alcohol a menores).

### *Reduciendo la vulnerabilidad diferenciada*

Las acciones y políticas que reducen la vulnerabilidad diferenciada incluyen el desarrollo de mecanismos de protección social de la salud, especialmente para niños, adolescentes y adultos mayores, personas con discapacidad y personas en situación de desempleo. El problema de la definición y delimitación de las poblaciones o comunidades vulnerables en un país como Guatemala, donde existen tantas exclusiones sociales y económicas, es que estos grupos se multiplican en la medida que más se profundiza en los efectos que la estratificación socioeconómica y demográfica tiene sobre la salud. De cualquier manera, la protección social de la salud parte del reconocimiento del derecho universal a la salud y la necesidad de la acción habilitadora del Estado, lo que implica que el MSPAS debe garantizar el acceso universal a los servicios de salud para todos los ciudadanos, pero especialmente a aquellos en situación de desventaja.

### *Reduciendo las consecuencias diferenciadas:*

Las acciones y políticas que reducen las consecuencias desiguales de la enfermedad



entre los grupos de población se enmarcan dentro del desarrollo de servicios integrales de atención accesibles, con calidad y con pertinencia cultural; así como en el desarrollo de mecanismos de protección financiera para evitar los gastos catastróficos en salud

El modelo empleado para la atención de la salud es fundamental. En la actualidad, el modelo que se aplica en los servicios públicos, privilegia lo curativo y lo preventivo desde una perspectiva biologicista –centrada en la acción del médico– y no considera las prácticas poblacionales de auto cuidado y, en menor grado, los aspectos sociales de la enfermedad. Además no tiene pertinencia intercultural.

En cuanto a la atención primaria, es necesario revisar el modelo actual de extensión de cobertura, en tanto que el uso de un paquete básico uniforme para todo el país, y la extrema focalización de la que hace uso, generan la profundización de las inequidades en salud.

El hecho que el país enfrenta una complejización del perfil epidemiológico, y que estos cambios no se distribuyen de manera uniforme en todo el país, tanto territorialmente como por grupo de edad, nivel socioeconómico y sexo, obligan a plantear sin demora un modelo de atención y una estructura programática del MSPAS, que sea flexible y adecuada a la realidad actual.

En cuanto a la protección financiera ante la enfermedad, es un hecho que la población guatemalteca que vive en condiciones de pobreza y extrema pobreza –y aún los no pobres– ante cualquier enfermedad, deben recurrir a gastos que en muchas ocasiones impactan negativa y dramáticamente la economía familiar. En otras ocasiones, la ausencia al trabajo que genera la enfermedad también tiene consecuencias económicas negativas. Ante estas situaciones, es necesario e impostergable desarrollar los mecanismos de protección financiera, los cuales deben ser producto de profundas reflexiones para dilucidar cuál es el mejor modelo.

*Para hacer todo esto, ¿qué condiciones requiere el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social?*

Uno de los elementos que deben considerarse es lo referente a la conformación de los equipos de trabajo, evitando el clientelismo político y la corrupción. No es posible avanzar en la búsqueda de la salud de la población si la institución rectora no tiene credibilidad interna y externa. La primera se gana con el respeto de los cuadros medios y operativos hacia las acciones de sus dirigentes; la segunda se gana con resultados tangibles para la población y la opinión pública. Para el logro de resultados, es necesario que los cuadros técnicos y operativos estén altamente motivados y posean las competencias necesarias.

Otro elemento fundamental en el logro los objetivos del sector, es la generación del recurso humano y de información. En el primero se necesita repensar la manera en cómo se forman médicos y enfermeras, pues sin importar su grado de tecnificación, no son capaces de mejorar las condiciones de salud de las personas más necesitadas de sus servicios, a pesar de que su formación fue subsidiada por fondos públicos (ya sea por tratarse de la universidad nacional o por proveer de hospitales escuela con pacientes pobres a las universidades privadas).

La formación tradicional de médicos, enfermeras y demás personal paramédico, no ha logrado impactar las condiciones de salud de la población, ya sea por su número, o por el contenido de sus conocimientos.

En cuanto al sistema de información, es necesario desarrollar los mecanismos que permitan que la información sea utilizada en todos los niveles y que incluya los datos necesarios para la toma de decisiones. Otro aspecto que debe implementarse es la investigación social, demográfica y epidemiológica; en apoyo a las transformaciones necesarias del sistema en general y de los servicios en particular.





# Anexos

## Marco Teórico Conceptual



### *Los estudios dentro del proyecto*

Las investigaciones presentadas y analizadas en este documento fueron concebidas y orientadas desde una perspectiva y metodología particular, que es necesario conocer para facilitar la lectura e interpretación de los datos.

El término que designa este proyecto “la construcción social del futuro de la salud” tiene implicaciones que se ven reflejadas en la estructura y perspectivas de las investigaciones. Una primera consideración es que el término “construcción social” posiciona los estudios en la perspectiva de que la salud no resulta de las fuerzas del azar, sino es construida socialmente y resulta de complejos procesos en los que participan y se involucran diversos actores sociales y políticos; los cuales es necesario identificar.<sup>1</sup>

Por otro lado, el término también designa la metodología adoptada por el proyecto e implica que los mismos actores involucrados, ya sea como formuladores de políticas o como prestadores de servicios, usuarios, reguladores, formadores de recursos humanos u otros, sean quienes, mediante la discusión y debate sobre los problemas de salud, lleguen

a acuerdos mínimos sobre las soluciones.<sup>2</sup> Es decir, el proyecto le apuesta a romper con la modalidad vertical y jerárquica en la toma de decisiones sobre el sistema de salud y busca una construcción colectiva de las soluciones posibles, probables y deseables.

Esta construcción colectiva, desde una perspectiva metodológica, plantea un proceso que se desarrolla en distintos ámbitos y momentos entre los que se hacen traslapes. Inicialmente fue necesario delimitar quiénes son los actores con mayor incidencia dentro del sistema de salud; esta demarcación se hace no sólo en lo que respecta a sus posiciones formales dentro del sector, sino también alrededor de sus intereses y visiones acerca de los componentes estratégicos del sistema. Una vez identificados los actores y sus dinámicas de relacionamiento, esta metodología propone que se inicie el diálogo político, basado en información técnica sobre la realidad del país en general y del sistema de salud en particular.

Esta fase es de crucial importancia, pues debe no sólo despertar el interés y compromiso con el proceso de parte de los actores, sino también proveer la información técnica necesaria, de manera que se pueda lograr un contraste con su interpretación particular de la realidad. En

<sup>1</sup> Medina (1998).

<sup>2</sup> Ídem





un siguiente momento los actores, basándose en la puesta en común y análisis de la información proveída y habiendo recapacitado sobre los problemas de salud del país y la necesidad de hacer algo por resolverlos, reflexionan sobre cuál o cuáles son los escenarios posibles, probables, pero especialmente deseables del sistema de salud que Guatemala necesita. Una vez definidos los posibles escenarios por los actores y partiendo del o los escenarios futuros que se desean, se definen cuáles son las políticas y estrategias que se deben implementar en el presente, para lograr los objetivos definidos.

En las fases o momentos citados en el párrafo anterior, es posible ver la centralidad de las investigaciones en el desarrollo del proyecto: por un lado, permiten la identificación de los actores y sus dinámicas; así mismo, posibilitan el desarrollo de la plataforma de información que estos utilizarán para la discusión y debate sobre los problemas de salud, el papel de sus instituciones dentro del sistema y las posibles soluciones a los problemas identificados.

Dentro del contexto del proyecto, las investigaciones adquieren un sentido orientador de las discusiones y debates, y por lo tanto están diseñadas para apoyar la construcción colectiva de escenarios de sistema de salud. Un escenario en este sentido, puede definirse como un conjunto formado por la descripción de una situación futura y la trayectoria de eventos que permiten pasar de la situación de origen a la situación futura. En teoría, los escenarios son una síntesis de diferentes caminos hipotéticos (eventos, actores y estrategias), que llevan a diversos futuros posibles.<sup>3</sup>

Los estudios realizados proveen información y elementos de análisis que permiten imaginar el futuro a partir de los problemas y tendencias actuales; además, ayudan a la reflexión sobre los grandes desafíos que se enfrentan y los ámbitos en los que debe intervenir.

<sup>3</sup> Medina (1998).

### *Relaciones, interdependencia y tipos de estudios*

Las investigaciones en este proyecto tienen como objeto de estudio a aquellos elementos que constituyen el sistema de salud. El utilizar el término sistema, significa el adoptar un enfoque sistémico que traducido al campo de la salud implica tres premisas básicas: i) el sistema de salud es a su vez un subsistema social y simultáneamente contiene varios subsistemas. Estos deben verse en sentido amplio en los que no sólo importa conocer sus elementos constitutivos, sino también los elementos que intervienen en su condicionamiento y determinación; ii) es muy importante conocer los elementos que forman el sistema, pero más importante aún es conocer sus mutuas relaciones, es decir, dilucidar de qué manera, mediante sus relaciones e interdependencias, estos elementos resultan configurando un sistema de salud específico; y iii) conocer el resultado que emerge de estar relaciones y comprender cómo este resultado, a su vez, influencia a sus determinantes.

Al entender el sistema de salud dentro de un contexto, éste se va construyendo a partir de procesos sociales que pueden incluir entre otros: a) el devenir histórico, político, económico, social, cultural y ambiental; b) las condiciones de salud-enfermedad de la población; c) los conceptos, nociones e imaginarios sociales sobre la salud-enfermedad, así como otros valores y concepciones (explícitos o subyacentes).

Todos estos elementos van configurando un sistema integrado por actores sociales y políticos y sus mutuas relaciones que terminan estructurando un sistema particular con formas particulares de responder. A partir de esta reflexión, las investigaciones se desarrollaron en tres grandes ámbitos, los cuales se considera que logran agrupar a los elementos fundamentales del sistema y permiten establecer y aproximarse a sus vinculaciones. Estos son:



a) Investigaciones relacionadas al contexto social, económico, político, demográfico, epidemiológico y alimentario nutricional: en términos de entender los elementos externos del sistema que lo configuran y los efectos en la salud de este contexto y al cual responde el sistema. En este ámbito, se desarrollaron las investigaciones siguientes:

1. Incidencia de las variables socioeconómicas y políticas en las condiciones de salud y el sistema de salud en Guatemala
2. La dinámica demográfica de guatemalteca y sus efectos presentes y futuros en la situación de salud y sistema de salud
3. La situación y dinámica alimentaria y nutricional en Guatemala
4. La situación y dinámica epidemiológica en Guatemala y sus efectos presentes y futuros sobre la situación de salud y el sistema de salud en Guatemala.

b) Investigaciones relacionadas con la organización, estructura y dinámica del sistema, incluyendo las funciones que desarrolla, sus resultados y las relaciones que se establecen con la población. En este ámbito, se desarrollaron las investigaciones siguientes:

1. Mapa político de los actores de la salud en Guatemala
2. Los elementos fundamentales del sistema de salud de Guatemala, dinámica de su estructura, funcionamiento y desempeño
3. Las opciones y elecciones de la población guatemalteca en la búsqueda de atención en salud y uso de los servicios de salud
4. Prácticas poblacionales en salud: implicaciones y oportunidades para el sistema de salud.

c) Investigaciones relacionadas con los valores y conceptos que subyacen en las distin-

tas modalidades de sistema de salud y que determinan sus prácticas y estrategias:

1. Mapa de las visiones de los actores de la salud en Guatemala
2. Los imaginarios sociales hegemónicos de la salud en Guatemala.

Estas investigaciones fueron desarrolladas por investigadores (as) de diferentes disciplinas y con enfoques cuantitativos o cualitativos, según el caso.

Como se menciona al inicio de este apartado, las concepciones sobre la salud-enfermedad forman parte del sistema de salud y de acuerdo a éstas se identifican, definen y abordan los problemas. Para el diseño de las investigaciones se desarrolló una perspectiva teórica que al ser común a todas las investigaciones, permite su integración y análisis.

#### *Características de los estudios*

Las investigaciones en su conjunto aportan conocimiento sobre el sistema de salud del país y se espera que éste sea utilizado por los actores en salud, los cuales son disímiles en términos de intereses, ámbitos de acción y de inserción en el sistema. Se pretende que los actores puedan contrastar sus propias lecturas de la situación de salud y del sistema de salud con la información proveída y que esto propicie el debate y el diálogo informado. Ante este desafío, las investigaciones han debido incorporar algunas características particulares, con el afán de brindar información coherente con la metodología de la construcción colectiva del sistema de salud futuro. A continuación se presentan.

1. Incorporar la incertidumbre. Las investigaciones no se limitan a un "recuento de hechos" o un inventario de datos e indicadores, mas bien revelan lo cambiante de la realidad, inscrita en el devenir de la historia, en donde las acciones y decisiones del



pasado y presente tienen consecuencias a largo plazo.

2. Consideran las continuidades y tendencias dentro de la dinámica social. En este contexto, las investigaciones son sensibles en reconocer aquellos hechos que posiblemente no cambiarán en el horizonte definido por el proyecto (15 años), es decir las continuidades o tendencias “duras”, las cuales posiblemente se mantendrán y afectarán el futuro de manera predecible. También consideran aquellos hechos o fenómenos del presente que son - o potencialmente serán - una tendencia emergente o en decadencia, a los cuales se les reconoce como “hechos portadores de futuro”. En el mejor de los casos, las investigaciones deberían ser capaces de incluir, cuando surjan, otros hechos sorprendidos que pueden afectar el futuro y que llamamos “contingencias”.
3. Los estudios deben suscitar el interés de los actores. Se trata de enriquecer la imagen de la realidad que tienen en mente los actores, es decir, generar otras perspectivas. Las explicaciones que se tienen sobre cómo funciona el sistema de salud con base en sus experiencias y conocimientos, constituyen los marcos de referencia en los cuales se mueve un actor social y político de la salud cuando piensa en sus alternativas de acción o toma de decisiones.

En el proceso de la construcción colectiva de un sistema de salud futuro, el intercambio de diferentes enfoques resulta beneficioso en la medida que se amplían las fronteras de su percepción, más allá del límite que sus mentes alcanzan. El primer paso para dar este cambio es deliberar sobre la imagen de la realidad. El instrumento más valioso para esta tarea son las investigaciones, que desde su solidez, pueden facilitar la apertura y disposición de los actores para generar una imagen clara del nuevo modelo en construcción con otros.

### *Perspectiva analítica de los estudios*

El proceso salud-enfermedad está profundamente vinculado a la vida y a la cotidianidad. Cada persona tiene, desde su propia percepción, una idea, noción o concepto de lo que significa ser o estar saludable o enfermo; es a partir del reconocimiento de los problemas de salud, que se acciona para resolverlos. Estas respuestas, individuales o colectivas, son parte del sistema de salud y son de diversa naturaleza. Con el ánimo de proveer un marco teórico común para los estudios, se desarrollaron una serie de reflexiones que finalmente enmarcaron los estudios, desde una perspectiva conceptual y definieron un marco de análisis e interpretación de los resultados. A continuación se presentan.

#### *¿Qué es la salud?*

Quizás el concepto de la salud más difundido –y sobre el que ha habido mayor consenso– es el que lanzó la OMS en 1946 en el que ésta se definía como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad”. Esta definición representó un gran avance para su tiempo, si se considera que se promulgó en un contexto dominado por fuertes corrientes biologicistas,<sup>4</sup> y el incluir aspectos sociales y colectivos resultó ser novedoso, con una gran capacidad de movilización política y a escala internacional.<sup>5</sup>

No obstante el gran aporte conceptual de la OMS, en la década de los 70 se iniciaron las críticas, pues este concepto no logra dar cuenta de la dimensión histórica-procesal de la salud y, en cierto modo, la despoja de la dimensión política y económica<sup>6</sup>. El debate sobre qué es

<sup>4</sup> El modelo explicativo de la salud que predominaba en esa época, privilegiaba el contagio, es decir la transmisión de los gérmenes, como la principal explicación de los problemas de salud, y no consideraba a los elementos sociales involucrados en el proceso.

<sup>5</sup> Navarro López (1998).

<sup>6</sup> Verdugo, JC. (2002).



la salud sigue vigente. Actualmente se distinguen tres grandes enfoques: i) el enfoque perceptual, el cual define la salud como una percepción del bienestar, más en línea con la definición esbozada de la OMS; ii) el segundo es el enfoque funcional, que define la salud como vinculada a la capacidad de la persona de hacer uso efectivo de sus potencialidades como tal, es decir, de realizar las funciones y tareas para las cuales ha sido preparada. Dicho en otras palabras, se trata de la capacidad de la persona de “funcionar” adecuadamente como individuo en sociedad; y iii) el enfoque adaptativo de la salud, que la entiende como adaptación adecuada y permanente del organismo de la persona a su ambiente físico y social, el mismo que puede ser manejado y hasta modificado por la acción de la misma persona.<sup>7</sup>

Estos enfoques, aunque avanzan con respecto al concepto de OMS, aún enfatizan en la condición individual de la salud y en percibirla como un “estado” particular, lo que finalmente limita el abordaje y la comprensión de la salud desde una perspectiva colectiva y de proceso. Conviene entonces establecer los límites entre la salud individual y la colectiva.

Ambas –la salud individual y la colectiva– son procesos dinámicos y no “estados” a los que se llega; funcionan como un continuo y resultan de interacciones complejas, no lineales y simultáneas de carácter biológico, psicológico, social, político, económico y cultural. Sin embargo, las relaciones que se establecen entre estos elementos –en los ámbitos individual y colectivo– son distintos en cuanto a su incidencia y ponderación en el proceso salud enfermedad.

La expresión individual de la salud-enfermedad está más vinculada al ámbito biológico y de las oportunidades y decisiones personales, mientras que la expresión colectiva se vincula con más fuerza al ámbito político, económico y

social. Ambas están profundamente vinculadas ente sí, pero para aproximarse a cada una de ella se necesitan abordajes distintos. En este proyecto se adoptó la salud colectiva como objeto de estudio junto con el sistema de salud.

*¿Cómo se analizan los hechos de la salud colectiva?*

Además de comprender la salud como proceso, es necesario resaltar que también es un derecho ciudadano. El derecho a la salud es parte de los derechos económicos, sociales y culturales y como tal es de ejercicio universal, es indivisible, interdependiente y complementario de los otros derechos y se necesita la acción habilitadora por parte del Estado para su realización.

El derecho a la salud es la atribución que tiene la ciudadanía –como titular y sujeto de derechos– y el Estado –como titular y sujeto de obligaciones y responsabilidades– para garantizar el goce de las mejores condiciones de salud posibles, las cuales incluyen: la información y los conocimientos necesarios para la adopción de estilos de vida saludables, la promoción de un entorno saludable, las condiciones de vida que satisfagan necesidades básicas, así como del acceso pleno, igualitario y universal, sin discriminación por etnia, género, edad, o condición socioeconómica, a la atención en salud de calidad ante condiciones de enfermedad, daños o discapacidad temporal o permanente.<sup>8</sup>

Las diferencias individuales y poblacionales no deben originar desigualdades sistemáticas entre los diferentes grupos sociales; lo que implica que las políticas, planes y acciones deben buscar la equidad y el respeto a las diferencias y el desarrollo de la pertinencia intercultural de la atención de la salud.

La salud colectiva –entendida como la salud de la población– está determinada, desde una

<sup>7</sup> Tejada Pardo (2005).

<sup>8</sup> Ídem



perspectiva jerárquica, en distintos niveles<sup>9</sup> a saber:

- o Un **nivel singular**: en el que se distinguen los individuos o agrupaciones de población por atributos individuales (familia, amigos, trabajo), que tienen estilos de vida relacionados con sus propias características biológicas, el lugar en donde se vive y trabaja, sus hábitos, sus elecciones, normas y valores, así como el nivel educativo y de conciencia, y su participación en el modo de producción y distribución de bienes y servicios
- o Un **nivel particular**: que comprende las condiciones de vida de los diferentes grupos de población (hombres-mujeres; urbanos-rurales; indígenas-no indígenas; con educación o sin ella; pobres-no pobres; etc.); sus condiciones objetivas de existencia y las relaciones que se dan entre ellos; por ejemplo, el acceso a la educación, los servicios de salud, las oportunidades de inserción en los procesos productivos, etc.
- o Un **nivel general**: también llamado **modo de vida**, que comprende las características del medio natural en donde se asienta la sociedad, el grado de desarrollo de sus fuerzas productivas, la organización política y económica, sus relaciones con el medio ambiente, la cultura, su historia y otros procesos generales que conforman su identidad como formación social.

Todo hecho de salud, por lo tanto, es un proceso que resulta de la interacción de diferentes elementos y procesos, que a su vez actúan de manera simultánea mediante relaciones de determinación y condicionamiento entre sí en los niveles identificados. Existen relaciones de determinación del modo de vida de una sociedad sobre las condiciones de vida de los grupos sociales, las que a su vez determinan los estilos

de vida de los individuos y las familias. Por supuesto, también puede existir determinación en sentido contrario, es decir de lo singular a lo particular y de éste a lo general, aunque las fuerzas de esa determinación sean de menor intensidad.

Se plantea entonces que los cambios en favor de la salud inscritos en el modo de vida de una sociedad son de tipo estructural, más complejos y de largo plazo, pero más estables y con una mayor potencia de acción transformadora sobre los niveles inferiores. Así mismo, los cambios en las condiciones de vida sobre la salud, ocurren a mediano plazo y tendrán un impacto importante en los estilos de vida.

A manera de ejemplo se podría citar un problema de salud concreto: la ocurrencia de múltiples casos de diarrea en una comunidad. A nivel individual-familiar, es posible identificar como causas de este problema: los malos hábitos higiénicos, la mayor susceptibilidad a las infecciones debido a la mala condición nutricional y la falta de comprensión del problema por parte de las personas que lo padecen. Estas causas están inscritas en las condiciones de vida, pues la falta de saneamiento básico, la falta de agua para uso humano, la falta de educación y posiblemente los bajos ingresos para modificar esta situación, son determinantes de las causas a nivel individual. A su vez, las condiciones de vida resultan del nivel de desarrollo del país. De aquí que las modificaciones en los hábitos personales o el desarrollo de una estrategia de atención de este problema mediante consulta médica o dotación de fármacos, si no van acompañadas de mejoramiento en las condiciones de vida y éstas como resultado de acciones estructurales, desde una perspectiva colectiva y de su sostenibilidad, tienen beneficios muy limitados.

En el campo de la salud colectiva, la estrategia fundamental para desarrollar transformaciones en el nivel general e incidir en las condi-

<sup>9</sup> Castellanos (1998).



ciones de salud, se ha llamado “promoción de la salud”. Esta no debe confundirse con promover algún hábito saludable o promocionar algún tratamiento, ni con la educación en salud. Se refiere a “crear condiciones saludables” y su herramienta principal son las políticas públicas<sup>10</sup>.

Por otro lado, las estrategias de incidencia en el nivel de las condiciones de vida son, de nuevo, la promoción de la salud, pero cobra relevancia la prevención de la enfermedad. Esta última se refiere a las acciones que se realizan en individuos y/o poblaciones poseedores de riesgos a la salud; es decir con propensión de tipo biológico o socioeconómico de padecer al-

<sup>10</sup> Es necesario diferenciar las políticas de salud de las políticas saludables; las primeras se refieren a las encaminadas al desarrollo de una estrategia, programa o plan específico para la prevención de la enfermedad o la recuperación de la salud, mientras que las políticas saludables son aquellas que sin ser propiamente del sector; por ejemplo, las políticas educativas, las relacionadas al empleo o a la producción de alimentos, contribuyen a “generar” condiciones que favorecen la salud.

guna enfermedad. A nivel individual-familiar, la prevención es de suma importancia, pero no debe soslayarse la curación de enfermedades como su principal herramienta.

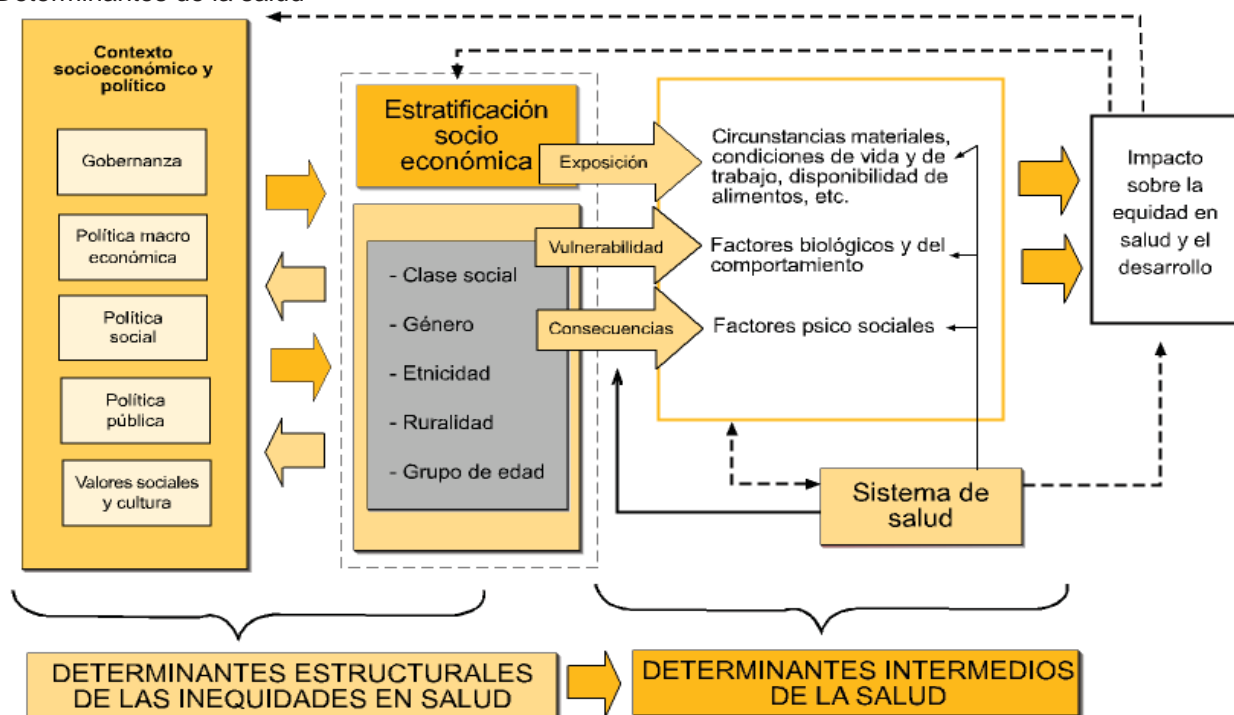
En un marco analítico desarrollado por la OMS<sup>11</sup> y adoptado en este proyecto, (ver Gráfica No. 44), además de considerar los determinantes sociales de la salud, se profundizan y diferencian los determinantes sociales de las inequidades en salud,<sup>12</sup> dividiéndolos en estructurales e intermedios. Los determinantes estructurales de las inequidades en salud son los que se inscriben en el contexto socioeconómico y político y se expresan en los ámbitos de la gobernanza<sup>13</sup>, las políticas macro

<sup>11</sup> OMS (2007)

<sup>12</sup> Entendidas como las diferencias sistemáticas en la salud de los grupos sociales a causa de su clase social, etnia, género, grupo de edad u otra característica.

<sup>13</sup> Sistema de valores, políticas e instituciones por medio de las cuales la sociedad enfrenta sus asuntos económicos políticos y sociales mediante la interacción entre el Estado, la sociedad civil y el sector privado. Es la manera como la sociedad se organiza a sí misma para hacer sus decisiones. Esta incluye los mecanismos y procesos por los cuales los ciudadanos y los grupos sociales articulan sus intereses, median sus diferencias y ejercen sus derechos y obligaciones legales.

**Gráfica 45**  
Determinantes de la salud







económicas, las políticas públicas, las políticas sociales y los valores sociales y culturales. De acuerdo a las características y relaciones de estos elementos, se producen estratificaciones socioeconómicas más o menos equitativas. Los mecanismos mediante los cuales los elementos del contexto socioeconómico y político determinan la estratificación son: el acceso a la educación, el empleo y los ingresos; expresándose en la clase social y de manera diferenciada de acuerdo a la etnia y género.

Respecto a los determinantes intermedios de las inequidades en salud, se identifican los siguientes: las circunstancias materiales de vida, los factores biológicos y del comportamiento y los factores psicosociales.

De acuerdo a la estratificación socioeconómica, las personas y distintos grupos sociales exhiben una distinta exposición a los riesgos a la salud, presentan distintas vulnerabilidades y las consecuencias de los problemas de salud son de tipo diferenciado; por lo tanto, es mediante estos mecanismos (vulnerabilidad, exposición y consecuencias diferenciadas), que los determinantes estructurales de las inequidades en salud se vinculan con los intermedios y se expresan en las condiciones materiales de vida, en lo biológico conductual y en la esfera psicosocial.

Dentro de esta línea de análisis, el sistema de salud es parte de los determinantes intermedios de las inequidades en salud, pues al ser el responsable de disminuir, combatir o minimizar los efectos negativos que la estratificación social produce en la salud en términos de la equidad. Por lo tanto, las acciones del sistema de salud resultan fundamentales para el logro de la equidad en la salud y la consecuente realización del derecho humano a la salud.

De acuerdo a lo anterior, ante los problemas de salud es indispensable que el sistema logre

desarrollar un conjunto de acciones integradas y a diferentes niveles para su resolución.

A nivel general, deben desarrollarse políticas públicas y acciones en diferentes sectores, que permitan la neutralización de los efectos negativos de la estratificación social en la equidad de la atención de la salud.

A nivel de los grupos sociales en riesgo de perder la salud, se deben realizar acciones de prevención, como complemento de las políticas públicas.

A nivel de individuos-familias, las acciones de prevención deben complementarse con acciones de limitación del daño; es decir, curar a aquellas personas que ya están enfermas, especialmente porque esta acción es lo que finalmente le da credibilidad al sistema y al sector salud ante la población.

En otras palabras, si se desea mejorar las condiciones de salud de la población, no se pueden desarrollar acciones que únicamente enfatizen intervenciones en un nivel de determinación, pues pueden resultar inefectivas y en el peor de los casos, profundizar los problemas.

*La respuesta social ante los problemas de salud: el sistema de salud*

Ante los problemas de salud, la sociedad se organiza y configura lo que se ha denominado "el sistema de salud" - que incluye al conjunto de las distintas organizaciones y acciones que la sociedad emprende - y de cuyos productos y relaciones depende el lograr que la población sea saludable, de acuerdo a estándares socialmente aceptables. El sistema de salud constituye la respuesta social organizada ante los problemas de salud identificados en los individuos y en las colectividades. Todas las sociedades humanas desarrollan alguna respuesta ante las condiciones de salud, lo cual se inicia en el momento en que esas son definidas como necesidades.<sup>14</sup>

<sup>14</sup> Frenk (2003).

En una aproximación esquemática, es posible afirmar que la salud de una población está determinada por las necesidades y problemas derivados de su forma de reproducción social, así como por las respuestas sociales a dichas necesidades y problemas, que intentan reducir su magnitud o impacto sobre el perfil de enfermedad, riesgo y muerte, mediante acciones de salud y bienestar.<sup>15</sup>

Las sociedades han desarrollado un conjunto de prácticas para responder a las necesidades en salud. Con el tiempo, las responsabilidades de atención en salud - que inicialmente se ubicaban únicamente en el ámbito familiar y doméstico - se han ido compartiendo y sobreponiendo con otras instituciones como la Iglesia y el Estado, entrelazándose en prácticas complejas donde no sólo las responsabilidades, sino distintos modelos y diversos recursos, han configurando una respuesta social dinámica, matizada y determinada por aspectos económicos, políticos, sociales y culturales; encontrando sus principales vehículos en las políticas y sistemas de salud<sup>16</sup>. Por lo tanto, los sistemas de salud son también el resultado de la configuración de su estructura social y no son independientes de los procesos básicos que rigen tal estructura.

El sistema de salud, por lo tanto, se va construyendo a partir de procesos sociales que pueden incluir, entre otros: a) el devenir histórico, político, económico, social y cultural de una sociedad; b) el concepto de salud-enfermedad, así como otros valores y concepciones subyacentes (explícitos o implícitos); c) las condiciones de salud; d) los conocimientos y paradigmas científicos; y e) los recursos económicos, tecnológicos y humanos con los que se cuentan<sup>17</sup>.

En cuanto a los límites del sistema de salud, existen distintas perspectivas:

<sup>15</sup> Castellanos, PL. (1998).

<sup>16</sup> Frenk, J. (2003).

<sup>17</sup> Hernández Mack (2006).

- Algunos autores se limitan a identificar el sistema de salud como el sistema de servicios de salud, privilegiando la prestación de servicios y considerando a la población como *objeto de intervenciones sanitarias*.<sup>18</sup>
- Otra interpretación de lo que es un sistema de salud es considerarlo como los diferentes niveles de los servicios públicos de atención en salud.<sup>19</sup>
- En otra perspectiva de los sistemas de salud se incluye, además del sector público, al sector privado, el cual puede estar integrado por organizaciones no gubernamentales (ONG's) de atención, práctica médica privada y otros terapeutas sin formación médica, el sector farmacéutico, sistemas curativos no-biomédicos y la medicina tradicional.
- La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que un sistema de salud abarca todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud. Señala además, que casi toda la información acerca de los sistemas de salud se refiere a la prestación de servicios o a la inversión en ellos, es decir al sistema de atención sanitaria, independientemente que las intervenciones estén orientadas a los individuos o a las poblaciones.<sup>20</sup>
- Otra propuesta entiende el sistema de salud como el conjunto de instrumentos sociales (legislación, organizaciones y tecnologías), que se encargan de movilizar recursos para transformarlos en servicios de salud, guiados por políticas e información acerca de las necesidades de salud y sobre el desempeño del propio sistema.<sup>21</sup>
- En la propuesta formulada por la Instancia Nacional de Salud (Guatemala) para un Sistema Público de Salud Incluyente, con la intención de superar diversas propuestas conceptuales, el sistema de salud se explica como *un subsistema social complejo y*

<sup>18</sup> Oleaga (1994). citado por Morales y Fort (2005).

<sup>19</sup> Varkevisser et al. (2003).

<sup>20</sup> OMS (2000).

<sup>21</sup> Frenk (2003).



*heterogéneo, conformado por el conjunto de instituciones, actores (personas), modelos de salud, relaciones, actividades y recursos articulados para garantizar el derecho a la salud en una sociedad tanto desde el ámbito estatal (público) como desde la sociedad (privado); y cuyo fin último es la humanización de la salud.*<sup>22</sup>

La delimitación de un sistema de salud se realiza al reconocer cuáles son las relaciones y estructuras que lo integran. Para este proyecto, se plantea que los elementos centrales del sistema de salud son: la población, los prestadores de servicios y el Estado. A este “núcleo central” se pueden añadir otros entes u organizaciones, como aquéllas que obtienen recursos potenciales de la población y los convierten en recursos efectivos para los servicios (por ejemplo, universidades, compañías aseguradoras, empresas productoras de tecnologías). Asimismo, existen otros sectores que producen bienes y servicios y que tienen efectos sobre la salud (educación, vivienda, alimentos), que pueden ser incluidos como parte del sistema, o ser ubicados como parte del entorno.<sup>23</sup>

Si bien todos los elementos del sistema participan en la búsqueda de un país más saludable, es el denominado sector salud quien se responsabiliza, de manera directa y como parte de su mandato, de ejecutar las acciones en los ámbito político, de planeación y operativo. (Ver Gráfica No. 45). Es el sector salud el objeto de análisis de las investigaciones del proyecto - por supuesto, sin olvidar sus vinculaciones y relaciones extra sectoriales - pero tratando de ser específicos en la identificación de los elementos fundamentales que deben ser analizados y eventualmente intervenidos.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, los tres objetivos fundamentales que persiguen los sistemas de salud son: a) me-

jorar la salud de la población a la que sirven; b) responder a las expectativas de las personas; y c) brindar protección financiera contra los costos de la mala salud.<sup>24</sup> Pero ante estos objetivos claramente definidos surge la interrogante, planteada desde diferentes ámbitos políticos, económicos y académicos: ¿cuáles son las verdaderas posibilidades de los servicios de los sistemas de salud para incidir efectivamente sobre las condiciones de salud? En el debate, un lado sostiene que la mejoría en los niveles de salud se da a partir de avances de la medicina y la salud pública. El otro lado afirma lo contrario, que los servicios tienen un efecto limitado sobre los niveles de salud y que son otros elementos sociales los que realmente determinan las condiciones de salud como pueden ser las condiciones laborales, condiciones de vida o estilos de vida.<sup>25</sup>

Ante este debate, cabe profundizar en las funciones que debe desarrollar el sistema, pues no toda responsabilidad se traduce en servicios, sino pueden caber las de rectoría e incidencia política. Independientemente de la estructura, diseño o desempeño de los sistemas de salud, se considera que las funciones generales que ejercen son: a) prestación de servicios, b) financiamiento, c) generación de recursos, y d) rectoría.<sup>26</sup>

#### *Prestación de servicios*

La prestación de servicios consiste en la combinación de insumos de un proceso de producción que lleva a proporcionar una serie de intervenciones.

Los servicios de salud pueden distinguirse como personales y no personales. Los personales son servicios que reciben directamente los individuos, sean estos preventivos, de diagnóstico, terapéuticos o de rehabilitación;

<sup>22</sup> Morales y Fort (2005).

<sup>23</sup> Frenk (2003).

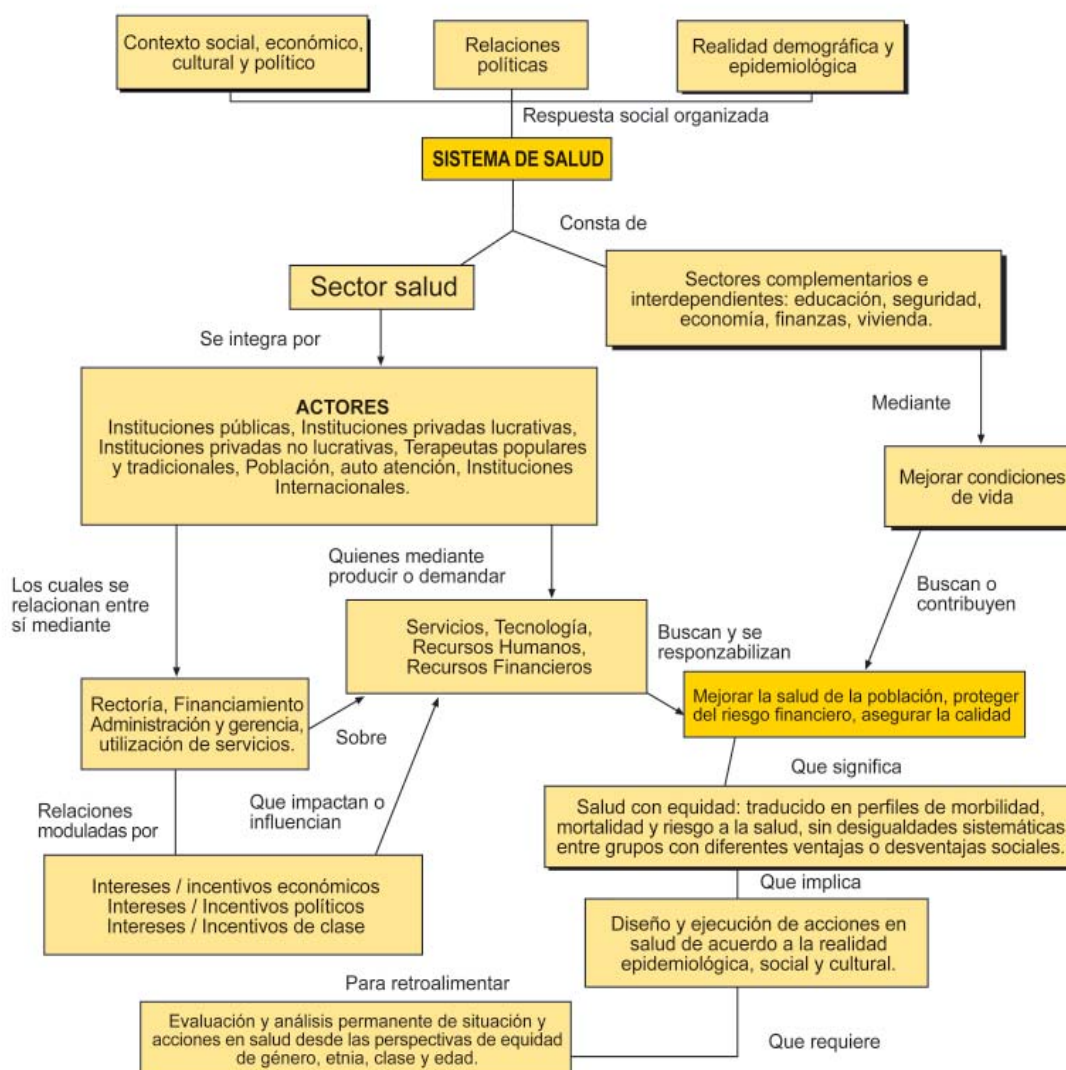
<sup>24</sup> OMS (2000).

<sup>25</sup> Frenk (2003).

<sup>26</sup> Murray y Frenk (2000).



**Gráfica 46**  
Componentes del sistema de salud y sus relaciones



Fuente: construcción propia

generen o no externalidades. Los servicios de salud no personales son aquellas intervenciones aplicadas a las colectividades (por ejemplo, educación en salud a gran escala) o sobre componentes no humanos del entorno (como el saneamiento básico).<sup>27</sup>

<sup>27</sup> Ídem

### Financiamiento

El financiamiento se da través del proceso con el cual se recaudan ingresos de fuentes primarias (hogares y empresas) y secundarias (gobiernos y organismos donantes); se acumulan en fondos mancomunados (a excepción de los gastos de bolsillo) y se asignan a las actividades de prestación de servicios (compra y remuneración a los proveedores). Se identifican



ocho mecanismos básicos para la movilización o recaudación de fondos: pagos en efectivo, seguro voluntario en función de los ingresos, seguro voluntario en función del riesgo, seguro obligatorio, impuestos generales, impuestos específicos, donaciones de organizaciones no gubernamentales y transferencias de organismos donantes.<sup>28</sup>

#### *Generación de recursos*

Los sistemas de salud no se limitan únicamente a las instituciones que financian o prestan servicios y deben incluir al conjunto de organizaciones que producen insumos para esos servicios como lo son: recursos humanos, capital físico (instalaciones y equipo), bienes consumibles, información y conocimientos. Este conjunto está conformado por universidades y otras instituciones de formación, centros de investigación y empresas que producen tecnologías específicas (productos farmacéuticos, dispositivos y equipo).<sup>29</sup>

#### *Rectoría*

Esta función supone definir las políticas y reglas de juego para el sistema en su conjunto. Como parte de esta función se encuentra la regulación, tanto en lo financiero (incluyendo los seguros), en la calidad asistencial (control de protocolos y errores médicos), así como la capacitación o re-certificación de los profesionales. La rectoría debe considerarse como la función más crucial en dos sentidos. El primero, porque su desempeño afecta directa o indirectamente al logro de cualquier objetivo sistémico. Por otra parte, porque es una función irrenunciable del Estado, aún cuando contribuyan las organizaciones médicas y de profesionales, las de defensa del consumidor, los pacientes o la población en general.

Las relaciones entre los diferentes componentes o elementos del sistema no se dan de manera directa y por lo general existe un actor colectivo que media entre ellos. En los países contemporáneos ese actor es el Estado, que juega un papel fundamental a través de la regulación, el financiamiento y la prestación directa de servicios. El grado de control por parte del Estado depende en gran medida de cuáles y cuánto de estas funciones llegue a desempeñar, a las cuales se añaden las de otras instancias públicas que no forman parte del sistema de salud *per se* pero que son clave (como los poderes legislativos y judiciales de Gobierno, los entes responsables del presupuesto público y recaudación fiscal y el cumplimiento de la ley). Por lo tanto, el Estado ocupa múltiples posiciones en el sistema de salud y su entorno y entender la configuración precisa de su participación es un requisito importante para comprender los sistemas de salud.<sup>30</sup>

<sup>28</sup> Ídem  
<sup>29</sup> Ídem

<sup>30</sup> Frenk (2003).





## Bibliografía



- Anderson L, Scrimshaw S, Fullilove M, Fielding J, Normand J y Task Force on Community Preventive Services (2003). *Culturally competent healthcare systems, a systematic review*. American Journal of Preventive Medicine 24 (3S): 68-79.
- Asturias E, (1989) *Desarrollo histórico de la práctica y el saber médico en Guatemala*. Tesis de graduación, Facultad de Ciencias Medicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Barillas E (2005) *Efectos de la Reforma del Sector Salud en el Suministro de Medicamentos de Guatemala*. Presentado a la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos por Rational Pharmaceutical Management Plus Program. Arlington, VA: Management Sciences for Health.
- \_\_\_\_\_, E, Valle O, Valladares R. (2000) *Propuesta marco para la extensión de las prestaciones de la seguridad social a la población campesina y otros grupos de trabajadores informales*. Informe de Consultoria para CONGCOOP.
- Bitrán R. & López A. (2003) *Asignación presupuestaria al MSPAS de Guatemala*. Proyecto PHRplus Guatemala. Powerpoint presentation.
- Braveman P (2003) "Monitoring Equity in Health and Healthcare: A conceptual framework" Journal of Health and Popular Nutrition 21(3): 181-192
- Briggs J (2004) *Fortalecimiento del Sistema de Información para la Gestión de los Servicios de Salud y Medicamentos en el Primer Nivel de Atención*. Informe de consultoría presentado al proyecto PRRAC-Salud, Unión Europea. Guatemala.
- Bronfman M, Gleizer M, (1994) *Participación comunitaria, Necesidad, excusa o estrategia? O de que hablamos cuando hablamos de participación*. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 10 (1): 111-122, jan/mar, 1994
- CAPUBPRIV (2006) *La contratación de servicios de salud privados en el primer nivel de atención en América Central: ¿Una opción para asegurar una atención eficiente, equitativa y sostenible?* Coordinación Proyecto CAPUBPRIV, Bruselas Bélgica.
- CARE Guatemala. (2006) *Producción de Maíz y Fríjol de los agricultores de la Zona del Polochic, Alta Verapaz. Programa de Mejoramiento Económico y Seguridad Alimentaria*. Documento interno. Guatemala,
- Carlos A. Waldheim M.D. y Mynor R (2002) Villena MD. *Autores del estudio*. Abril IN-CAN.
- Castellanos, P.L. (1998) *Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: los determinantes sociales*. En: Salud Pública, F. Martínez Navarro et al. (Autores) México: McGraw-Hill





- Cely N, Mostajo R, Gregory P (2003) *Guatemala: Hacia un gasto más eficiente, equitativo y transparente. Retos y Recomendaciones*. Reporte final de consultoría.
- Cerón A. (2007) *Las prácticas poblacionales en salud* PNUD, IDRC, URL, USAC, UVG, MSPAS, IGSS, POS-OMS.
- Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala (2005). *Plan estratégico 2005-2025*.
- CONADES (2005) *Política Nacional para el manejo integral de los residuos y desechos sólidos*. Acuerdo gubernativo No. 111-2005; Comisión Nacional para el manejo de Desechos Sólidos, Guatemala.
- El Periódico (2006a) *Médicos Cubanos continúan su labor*. Lunes 19 de Junio del 2006, sección nacionales.
- \_\_\_\_\_, (2006b) *Médicos comunitarios con prohibición de trabajar*. Miércoles 25 de Octubre del 2006, sección actualidad: vitrina.
- ENCOVI (2000) *Encuesta nacional de condiciones de vida*. Instituto Nacional de Estadística.
- ENSMI (2002) *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala.
- Flores W, (2007) *Los elementos fundamentales del sistema de salud de Guatemala, dinámica de su estructura, funcionamiento y desempeño*. PNUD, IDRC, URL, USAC, UVG, MSPAS, IGSS, POS-OMS.
- Frenk J. (2003) *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*. 3ª. Ed. México: FCE, SEP, CONACYT. 166p
- Garcés AL, Garcés I (2007) *Las opciones y elecciones de la población guatemalteca en la búsqueda de atención de la salud y uso de los servicios de salud*. PNUD, IDRC, URL, USAC, UVG, MSPAS, IGSS, POS-OMS.
- Gobierno de Guatemala (2006) *Informe de avance II, Objetivos de desarrollo del Milenio*.
- Good B (1994). *Medicina, racionalidad y experiencia: una perspectiva antropológica*. (1ª edición en castellano (2003), traducción de Víctor Pozanco). Barcelona: Bellaterra. 375p.
- Gragnotati M & Marini A (2003) *Health and Poverty in Guatemala*. World Bank Policy Research Working Paper 2966.
- Gutiérrez E, (2006) *Incidencia de las variables socioeconómicas y políticas en las condiciones de salud y el sistema de salud en Guatemala* PNUD, IDRC, URL, USAC, UVG, MSPAS, IGSS, POS-OMS.
- Haupt A, Kane TT. (2001) *Manual sobre la población del Population Reference Bureau*. 4ta. edición. Population Reference Bureau; Washington, DC
- Hausmann-Muela S, Muela J y Nyamongo I. (2003). *Health-seeking behaviour and the health system response*. DCP Working Paper No. 14. 37p. ([www.dcp2.org/direct](http://www.dcp2.org/direct)) 23 enero 2007.
- Hernández Mack L. (2006) *documento de trabajo: Abordajes conceptuales y clasificación de la salud y sistemas de salud*. PNUD, IDRC, URL, USAC, UVG, MSPAS, IGSS, POS-OMS.
- Hidalgo, E (2007) *La dinámica demográfica y alimentario nutricional en la población guatemalteca y sus efectos presentes y futuros en la situación de salud y sistema de salud*. PNUD, IDRC, URL, USAC, UVG, MSPAS, IGSS, POS-OMS.
- Hossain P, Kavar B, El Nahas M, *Obesity and diabetes in the developing world, a growing challenge*, N. Eng. J. Med. 356:213, Jan 18 2007
- IARNA (2006) *Perfil ambiental de Guatemala 2006*. Instituto de Agricultura, Recursos Naturales y Ambientales; URL Guatemala.
- IGSS, (2004) *Memoria de Labores Instituto Guatemalteco de Seguridad Social*
- INCAN, (2002), *Instituto de Cancerología de Guatemala 'Dr. Bernardo del Valle' – Informe de Registro Hospitalario del INCAN, Guatemala 2002*.
- \_\_\_\_\_, (1997) *República de Guatemala. Instituto de Cancerología 'Dr. Bernardo del Valle', Liga Nacional contra el Cáncer*,
- INE (2001) *Mapas de pobreza en Guatemala: un auxiliar para entender el flagelo de la pobreza en el país*. INE. Guatemala.

- INE, (2002 y 2003) *Causas de consulta para atención externa y atención interna (hospitalización) en establecimientos privados de salud*. Instituto Nacional de Estadística.
- \_\_\_\_\_, (2003) *Características de la población y de los locales censados 2002*. INE. Guatemala.
- \_\_\_\_\_, (2002-2003) *Registros de Informes de Hospitales Privados de la República*
- INS, (2002) *Hacia un Primer Nivel de Atención en Salud Incluyente – bases y lineamientos*. Instancia Nacional de Salud. Guatemala.
- \_\_\_\_\_, (2003) *Monitoreo del Derecho a la Salud en el Marco de la Reforma del Sector Salud*. Guatemala. Instancia Nacional de Salud.
- Instituto Nacional de Salud (1991) *Estudio Básico del Sector Salud*, BID, MSPAS, OPS-OMS
- Jiménez F, (2006) *Mapeo político y de visiones de los actores sociales y políticos de la salud en Guatemala*, PNUD, IDRC, URL, USAC, UVG, MSPAS, IGSS, POS-OMS.
- Joralemon D (2006). *Exploring medical anthropology (2a Ed.)*. Boston (MA): Pearson. 164p.
- Mazariegos JC (2007) *Los imaginarios sociales hegemónicos de la salud en Guatemala*. PNUD, IDRC, URL, USAC, UVG, MSPAS, IGSS, POS-OMS.
- Medina Javier (1998) *La perspectiva humana y social, alternativa de la nueva generación para América Latina*, ILPES México 1998
- Ministerio de Educación, (2002) *Segundo Censo Nacional de Talla de Escolares de Primer Grado Primaria de la República de Guatemala*. Guatemala.
- \_\_\_\_\_, (2002) *Segundo Censo Nacional de Talla de Escolares de Primer Grado Primaria de la República de Guatemala*. Guatemala.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2003) *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 2002*. Guatemala, 295 p.
- Mosquera MT (2001). *Conociendo la sabiduría Achí: salud y enfermedad en Rabinal*. Guatemala: Instituto de Estudios Interétnicos de la Universidad de San Carlos de Guatemala. 205p.
- Moscoso V, (2007) *Perfil epidemiológico de Guatemala; Proyecto: “la construcción social del futuro de la salud en Guatemala*, IDH-PNUD, IDRC, URL, USAC, UVG, MSPAS, OPS-OMS
- MSPAS, (1998) *Cuentas de Salud 1998*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- \_\_\_\_\_, 1999 *República de Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Cáncer Cérvico Uterino Manual de referencia para la aplicación de Normas de Atención*. Guatemala. 1999.
- \_\_\_\_\_, (2002) *Análisis y Tendencias de la Mortalidad en Guatemala, 1986 a 1999* Dr. Carlos Flores, Boletín Epidemiológico No. 20 MSPAS 2002
- \_\_\_\_\_, (2002) *Extensión de cobertura con servicios básicos en el primer nivel de atención a través de organizaciones prestadoras y administradoras de servicios de salud*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala.
- \_\_\_\_\_, (2003) *Línea Basal de Mortalidad Materna 2000*. Informe final.
- \_\_\_\_\_, (2003) *Perfil de la situación ambiental de los niños de Guatemala*, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; Organización Panamericana de la Salud.
- \_\_\_\_\_, (2005) *Situación de la salud y su financiamiento. Período 1999-2003*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- \_\_\_\_\_, (2006) *Programa Nacional de Tuberculosis*, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- \_\_\_\_\_, *Agenda Nacional de Salud –ANS- (2006-2015) Análisis de situación de Salud y lineamientos estratégicos*
- \_\_\_\_\_, (1999) *República de Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Cáncer Cérvico Uterino Manual de referencia para la aplicación de Normas de Atención*. Guatemala.
- \_\_\_\_\_, Boletín Epidemiológico (2002) *Análisis y Tendencias de la Mortalidad en Guatemala, 1986 a 1999* Dr. Carlos Flores, No. 20 MSPAS



- MSPAS, *Memorias de Vigilancia Epidemiológica 1998 -2003 y PNI* de Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
- Navarro López V (1998) *Concepto actual de la salud pública en: Salud Pública, dirigido por F Martínez Navarro et al.* México; McGraw Hill Interamericana de España, 915 pp
- OIM (2006) *Encuesta sobre remesas 2006. Inversión en Salud y Educación. Cuadernos de trabajo sobre migración 23.* Organización Internacional para las Migraciones.
- OPS, (2001) *Protección social de la salud, Organización Panamericana de la Salud, Oficina de Guatemala, noviembre 2001.*
- \_\_\_\_\_, (2006) *OPS expresa preocupación por déficit de trabajadores de la Salud en las Américas.* Comunicado de Prensa. Washington D.C., 9 de Noviembre.
- Prensa Libre (2003) *MSF inicia campaña a favor de genéricos.* Edición 29 Agosto. <http://www.prensalibre.com>
- Rodas f. (2005) *Asentamientos precarios en la ciudad de Guatemala, problemáticas y pautas de actuación;* OXFAM, Guatemala
- Schenone O & De la Torre C (2003). *Guatemala: fortalecimiento de la estructura tributaria.* Citado en: Cely N, Mostajo R, Gregory P (2003) *Guatemala: Hacia un gasto más eficiente, equitativo y transparente. Retos y Recomendaciones.*
- Scrimshaw S (2001). *Culture, behavior, and health.* En: Merson M y Black R (eds.). *International public health.* Gaithersburg (MD): Aspen. p 53-78.
- Sistema de Naciones Unidas. (2003) *Situación de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Guatemala.* Guatemala, Grupo de Seguridad Alimentaria Nutricional, 143 p.
- Tejada-Pardo, D (2005) *Derechos humanos y derechos a la salud: construyendo ciudadanía en salud.* Cuadernos de Promoción de la Salud No. 16. Lima: Organización Panamericana de la Salud. 102 p. <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd42/cuaderno16.pdf> (Acceso: diciembre de 2006)
- Valladares R (2002) *Los desafíos en el financiamiento de la salud en Guatemala: tendencias, necesidades e implicaciones.* GSD Consultores Asociados, POLICY.
- Verdugo J.C. et al (2002) *Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente.* Guatemala, Instancia Nacional de Salud
- Waldheim 2002 Carlos A. Waldheim M.D. y Mynor R Villena MD. Autores del estudio. Abril 2002, INCAN.
- WHO, (2007) *A conceptual framework action on the social determinants of health. Commission on social determinants of health, April 07 DRAFT.*
- \_\_\_\_\_, (2005) *Global Database on Child growth and malnutrition.* En INCAP: *Apreciación de la Seguridad Alimentaria Nutricional en América Latina y el Caribe.*
- \_\_\_\_\_, (2006). *Global TB Control. Surveillance, Planning, Financing .* WHO/HTM/TB/2006.362

